ISTITUZIONALIZZAZIONE / DEISTITUZIONALIZZAZIONE

Sguardi reciproci sulla legge 180 in Europa e nel mondo

A cura di Cecilia Edelstein

M@gm@ Rivista internazionale di scienze umane e sociali

vol.17 n.2 Maggio - Agosto 2019

www.analisiqualitativa.com
magma@analisiqualitativa.com

Rivista fondata e diretta
dal Sociologo Orazio Maria Valastro

Osservatorio dei Processi Comunicativi
Associazione Culturale Scientifica
Catania - Italy

ISTITUZIONALIZZAZIONE / DEISTITUZIONALIZZAZIONE: SGUARDI RECIPROCI SULLA LEGGE 180 IN EUROPA E NEL MONDO

A CURA DI

CECILIA EDELSTEIN

M@gm@ Rivista Internazionale di Scienze Umane e Sociali

Istituzionalizzazione / deistituzionalizzazione: sguardi reciproci sulla legge 180 in Europa e nel mondo
A cura di Cecilia Edelstein
M@GM@ Rivista Internazionale di Scienze Umane e Sociali
vol.17, n.2, 2019, ISSN 1721-9809

Sommario

Rispecchiamenti e sguardi altrove: la legge 180 attorno al mondo
Cecilia Edelstein
Presidente CIPRA – Coordinamento Italiano Professionisti della Relazione d'Aiuto (www.cipraweb.it), fondatrice e presidente Shinui – Centro di Consulenza sulla Relazione (www.shinui.it), è psicologa, counselor, mediatrice familiare, social worker e family therapist. Si è formata in Israele e in Italia; specializzatasi in vari orientamenti sistemici con i pionieri della terapia della famiglia, ha sviluppato un modello teorico e metodologico chiamato "Sistemico Pluralista", che include diversi approcci sistemici.

L'articolo illustra, in una prima parte, il numero monografico che presenta al pubblico la tavola ro-tonda internazionale tenutasi al Convegno sul quarantennale della Legge Basaglia svolto il 16 e 17 novembre 2018 all'Università degli Studi di Milano-Bicocca e promosso dal CIPRA – Coordina-mento Italiano Professionisti della Relazione d'Aiuto in collaborazione con ben tre dipartimenti: il Dipartimento di Medicina e Chirurgia – Scuola di Specializzazione in Psichiatria, il Dipartimento di Psicologia e il Dipartimento di Scienze Umane per la Formazione. In una seconda parte l'autrice, curatrice del volume, attraverso brani di storia precedenti alla Legge Basaglia solleva riflessioni sul tema dell'istituzionalizzazione e della deistituzionalizzazione, argomenti attorno ai quali la tavola rotonda si era concentrata. Essendosi gli interventi focalizzati sulla storia degli ultimi decenni e sulla situazione attuale, Edelstein offre una cornice e dà senso al dibattito, aggiungendo qualche riflessione conclusiva su uno degli eventi più importanti attorno all'anniversario della Legge 180.

Psichiatria ai confini del mondo: testimonianze in Sierra Leone e Afghanistan
Claudio Gallone
Editore, giornalista, direttore di testata, autore e conduttore televisivo, inviato in aree di crisi umanitarie e di guerra, fotoreporter, direttore della comunicazione in società multinazionali. Analista del Profondo e Consulente Filosofico. Scuola Master Internazionale C.G. Jung e J. Hillman di Firenze. Centro Studi Terapie della Gestalt di Milano, Ipnologo certificato.

Attraverso lo sguardo di un fotoreporter, Gallone ci porta uno spaccato di terre che sembrano dimenticate: Sierra Leone e Afghanistan. Quale è in quei posti il concetto di salute mentale e quale trattamento alle persone che soffrono di un disagio psichico? Claudio Gallone ha avuto l'occasione di documentare e dona un documentario inedito di qualità sia per gli addetti al lavoro sia per artisti. Infatti, dopo una descrizione e contestualizzazione storica, l'articolo termina offrendo al lettore un documentario fotografico.

Giustizia sociale, discriminazione sociale e malattia mentale: una ricerca attorno al mondo
Dinesh Bhugra
Professore Emerito di Salute Mentale e Diversità Culturale presso l'Istituto di Psichiatria, Psicologia e Neuroscienze del King's College di Londra, fra il 2014 e il 2017 Bhugra è stato Presidente della World Psychiatric Association (WPA), massima istituzione internazionale in psichiatria che raccoglie professionisti in tutto il mondo. Past President del Royal College of Psychiatrists. Bhugra si è particolarmente dedicato a tematiche connesse alla psichiatria sociale.

Distinguendo fra stigma e discriminazione, nel presente articolo viene presentata una ricerca che verifica la presenza o meno di giustizia sociale e di discriminazione sociale in 138 Paesi nei confronti delle persone affette da disturbo psichico. Lo studio distingue fra 4 aree: sociale, personale, politica ed economica.

La riforma psichiatrica in Grecia: una storia incompiuta
Valeria Pomini
Psicologa clinica e psicoterapeuta sistemica. Fino al 1987 ha lavorato in Italia nei Servizi di Salute Mentale e per le Tossicodipendenze della Regione Veneto. Membro di Psichiatria Democratica negli anni ’70 e ’80. Dal 1988 lavora come psicologa clinica, didatta e supervisore presso la Clinica Psichiatrica dell’Università di Atene. Responsabile dell’Unità di Terapia Familiare e responsabile della formazione in terapia sistemica presso l’Istituto Universitario di Ricerca sulla Salute Mentale di Atene.

Lavorando presso la Clinica Psichiatrica dell’Università di Atene a stretto contatto con l’esordio psicotico e dirigendo l’Unità di Terapia Familiare con un impegno volto a ridurre la medicalizzazione e a prevenire la cronicità, Pomini si sofferma sulla storia degli ultimi quarant’anni della psichiatria in Grecia; illustra per prima gli anni Ottanta con l’influenza di Basaglia, poi la riforma psichiatrica e, infine, si sofferma sulla situazione attuale della salute mentale, in un Paese che soffre di una grave crisi economica e colpito da un’altra crisi, quella migratoria.

La fotografia della psichiatria in Francia, segnali di allarme: processi di istituzionalizzazione e deistituzionalizzazione
Jacques Miermont
Psichiatra ospedaliero, dirigente del Polo di Terapia Familiare del Gruppo Ospedaliero Paul Guiraud, Villejuif, Presidente della Società Francese di Terapia Familiare, ha curato il Dictionnaire des thérapies familiales (Payot, Paris), tradotto anche in italiano e ha pubblicato diversi libri tra cui Psychose et thérapie familiale (ESF) e Thérapies familiales et psychiatrie (Doin, Paris).

La Francia è un Paese che dal 1838 ha pensato alle persone che soffrono di gravi disturbi psichici, già allora proponendo un “rifugio” per coloro che necessitano di “collocamento forzato”. In questo articolo, Miermont percorre brevemente la storia e le legislazioni che, da allora, sono state ben quindici. L’autore analizza le recenti trasformazioni del linguaggio legale in materia di salute mentale e, con uno sguardo critico, illustra la situazione odierna e porta la propria esperienza come testimonianza.

Sguardi reciproci sulla Legge 180: istituzionalizzazione / deistituzionalizzazione in Europa e nel mondo, la realtà tedesca
Thomas Becker
Direttore Medico della Clinica Universitaria di Psichiatria e Psicoterapia II dell’Università di Ulm a Günzburg, specializzato in Neurologia, Psichiatria e Psicoterapia. Principali ambiti di ricerca: Servizi di Salute Mentale, psichiatria sociale, scienze sociali nella salute mentale e storia della riforma psichiatrica in Germania e si occupa inoltre di ricerca intervento. È membro del gruppo di lavoro per le linee guida nazionali degli interventi psicosociali nei Servizi di Salute Mentale.

In questo articolo Becker si sofferma sull’influenza basagliana nella Germania dell’ovest degli anni Settanta, descrivendo l’atteggiamento ambivalente nei confronti di una cultura non diffusa in modo omogeneo. L’autore descrive a seguito la situazione attuale del suo Paese e riporta la legislazione che, pur mantenendo gli ospedali psichiatrici, ha fatto spazio nel territorio tedesco a una articolata e variegata psichiatria di comunità in espansione.

I servizi di salute mentale in Lituania: breve storia e realtà odierna
Roma Šerkšnienė
Medico Psichiatra presso il Kaunas Medical Institute. Ha lavorato in ospedale psichiatrico ai tempi dell’Unione Sovietica. Specializzata nel trattamento psichiatrico di bambini e adolescenti. Psicoterapeuta familiare e Direttrice dell’Istituto per le Relazioni Familiari di Kaunas. Ha collaborato come psicoterapeuta di supporto presso la Kaunas Medical University e presso l’Istituto Olandese di Psicoanalisi.

L’autrice fa un excursus sulla situazione della salute mentale in Lituania, iniziando dal periodo in cui il Paese era sotto l’Unione Sovietica, passando per l’indipendenza e le riforme attivate per poi soffermarsi sulla situazione odierna, compresa una descrizione della società contemporanea e delle sue principali

problematiche. Šerkšnienė ha avviato la sua attività professionale come giovane psichiatra presso l'ospedale psichiatrico della città di Kaunas e racconta in questa sede anche la sua esperienza personale.

I servizi di salute psichiatrica in Israele: verso una progressiva deistituzionalizzazione
Alon Ashman
Medico psichiatra, Ben-Gurion University, specializzato in Ipnosi e EMDR. Ha lavorato per anni in ospedali psichiatrici. Dal 2018 è responsabile di Psichiatria presso il Centro riabilitativo di Kephar Isun e Direttore del Centro diurno di Salute Mentale.

Alon Ashman descrive una realtà in evoluzione dove, a partire da inizio anni Novanta, le riforme nell'ambito della salute mentale hanno messo la persona con una malattia psichiatrica al centro e dove si parla di diritti dei malati. In questo articolo l'autore va oltre la legislazione e descrive la peculiarità di un piccolo Paese circondato da nemici e illustra come, da una parte, la salute mentale passa a essere in secondo piano rispetto alla sicurezza con un budget molto ridotto e, dall'altra, come sia proprio la situazione di emergenza e continua minaccia esterna che crea un "noi" terapeutico con effetti sorprendenti. Infine, vengono descritte alcune strutture terapeutiche per gli esordi psicotici che stanno riducendo le quelle ospedaliere psichiatriche.

Cibernetica della legge: istituzionalizzazione / deistituzionalizzazione negli USA, passato e presente
Marcelo Pakman
Psichiatra di comunità, psicoterapeuta sistemico. Ha lavorato per anni nelle istituzioni e ha sempre svolto attività clinica; si è occupato di micropolitica della Salute Mentale di Comunità nell'Ovest del Massachusetts, Stati Uniti. Scrive e lavora in tutto il continente americano e in Europa su situazioni di povertà, violenza e dissonanza etnica, memoria e testimonianza e sul rapporto tra pratica clinica, epistemologia e filosofia.

Dopo una breve descrizione sulla storia della legislazione degli Stati Uniti nell'ambito della salute mentale, in questo articolo Pakman analizza l'evoluzione delle leggi che, nel contesto delle politiche sociali, hanno contribuito allo sviluppo del processo di deistituzionalizzazione. Quest'analisi viene svolta attraverso 3 concetti cognati dalla Cibernetica: flessibilità, restrizione, compartimentazione. Evidenziando la complessità che emerge in questo Paese, il trattato giunge all'articolazione di pensieri sul presente e sul futuro delle professioni della relazione d'aiuto con uno sguardo critico non senza prospettive.

Rispecchiamenti e sguardi altrove: la legge 180 attorno al mondo

Cecilia Edelstein

cecilia@shinui.it

Presidente CIPRA – Coordinamento Italiano Professionisti della Relazione d'Aiuto (www.cipraweb.it), fondatrice e presidente Shinui – Centro di Consulenza sulla Relazione (www.shinui.it), è psicologa, counselor, mediatrice familiare, social worker e family therapist. Si è formata in Israele e in Italia; specializzatasi in vari orientamenti sistemici con i pionieri della terapia della famiglia, ha sviluppato un modello teorico e metodologico chiamato "Sistemico Pluralista", che include diversi approcci sistemici.

"Diritti... e rovescio" - Dichiarazione universale dei Diritti dell'Uomo, progetto realizzato all'interno del laboratorio "Atelier d'Arte" del Centro Diurno Day Care dell'Ospedale di Bergamo.

«Non so cosa sia la follia. Può essere tutto o niente. […]. Questa società riconosce la follia come parte della ragione, e la riduce alla ragione nel momento in cui esiste una scienza che si incarica di eliminarla. Il manicomio ha la sua ragione di essere perché fa diventare razionale l'irrazionale. Quando qualcuno è folle ed entra in un manicomio, smette di essere folle per trasformarsi in malato. Diventa razionale in quanto malato. Il problema è come sciogliere questo nodo, superare la follia istituzionale e riconoscere la follia là dove essa ha origine, come dire, nella vita.» (Franco Basaglia, *Conferenze brasiliane,* 2018).

Questo numero monografico fa parte di un convegno internazionale di due giorni intitolato "Una follia italiana: la legge Basaglia compie 40 anni" promosso dal CIPRA - *Coordinamento Italiano Professionisti della Relazione d'Aiuto* e avvenuto nel mese di novembre del 2018 (per un approfondimento sull'associazione CIPRA vedasi l'introduzione al volume 15, numero 2 della rivista Magma [Edelstein, 2017]).

In occasione del convegno, siamo stati ospiti dell'Università degli Studi di Milano-Bicocca e l'evento ha avuto in maniera del tutto inedita la particolarità di essere interdipartimentale, con tre Facoltà coinvolte: Dipartimento di Medicina e Chirurgia – Scuola di Specializzazione in Psichiatria, Dipartimento di Psicologia e Dipartimento di Scienze Umane per la Formazione.

L'idea era nata da Riccardo Zerbetto, membro del Comitato scientifico del CIPRA, all'interno di una riunione di programmazione del direttivo tenutasi nel 2017. Diverse sarebbero state le iniziative previste in

Italia per il 2018 riguardanti il quarantennale della Legge 180, la legge che nel 1978 promulgò la chiusura dei manicomi. Bisognava dare a questo evento, pensato per la fine dell'anno, un tocco originale.

Immediatamente pensai che sarebbe stato interessante concentrarsi non soltanto sulla prospettiva storica e sull'evoluzione in Italia fino ai giorni nostri rispetto al tema dell'istituzionalizzazione nel campo della salute mentale, ma che uno sguardo all'estero e al mondo fosse necessario sia per conoscere altre realtà, sia per scoprire come altri Paesi guardassero l'Italia.

Questa curiosità mi è venuta soprattutto perché l'Italia è rimasto l'unico Paese al mondo ad aver promulgato e portato avanti la legge 180/1978, con vincoli e criticità, ma comunque con tenacia, durante tutti questi quarant'anni. L'interesse verso uno sguardo ai Paesi altri nel mondo nasceva anche dalla mia esperienza personale: formata in Israele, sono arrivata in Italia trent'anni fa; venivo nel Paese che aveva chiuso i manicomi, lasciandone uno che non si poneva il problema dell'istituzionalizzazione, dove esistevano veri e propri manicomi in cui la gente veniva rinchiusa e la permanenza poteva protrarsi a vita. Sapevo che successivamente molto fosse cambiato in Israele, intuivo che le riforme avessero aspetti interessanti da scoprire, conoscevo alcune realtà speciali in quel territorio e pensavo che uno scambio con un ampio respiro potesse "aprire" l'Italia che, occupata nell'applicazione della propria legge, rischiava di rimanere intrappolata nello sviluppo di un sistema territoriale che, nel tempo, faticava sempre di più a offrire reali alternative all'istituzionalizzazione. Ero quindi incuriosita rispetto ad altri Stati più o meno vicini: sapendo che la Legge 180 fosse rimasta unica nel mondo, diventava interessante capire in che modo altri Paesi si fossero organizzati attorno al tema della deistituzionalizzazione e dei diritti umani nel campo della salute mentale. Infine, questa nostra legge, poco conosciuta, meritava di essere proposta a livello internazionale.

Il convegno avrebbe risposto sia alla necessità di creare memoria per non dimenticare diritti che rischiano oggi di essere scontati e, così, di scomparire lentamente, sia all'idea batesoniana che l'apprendimento avviene per differenze (Bateson, 1984; Manghi, 2002), misurandosi in questo caso con altre realtà più o meno vicine a noi.

Questo evento, prestigiosamente aperto dall'On.le Bruno Orsini – il relatore della Legge 180/1978 e socio onorario del CIPRA – attraverso il racconto dettagliato e passionale della storia di quegli anni, ha visto poi la partecipazione di alcuni protagonisti della storia della psichiatria italiana degli anni Settanta a una tavola rotonda: Maria Grazia Giannichedda (tra i più stretti collaboratori di Franco Basaglia e di Franca Ongaro, con i quali ha scritto diversi saggi, ha lavorato come esperta dell'*Organizzazione Mondiale della Sanità* e della Commissione Europea, presiede la *Fondazione Franca e Franco Basaglia* e recentemente ha curato e introdotto, con Franca Ongaro Basaglia la nuova edizione delle *Conferenze brasiliane* di Franco Basaglia, in una versione più completa di quella originale, testo importantissimo e basilare per i giovani professionisti [Basaglia, 2018]), Stefano Mistura (ha lavorato per lunghi anni con Basaglia, ha diretto il Dipartimento di Salute Mentale e delle Dipendenze Patologiche di Piacenza, ha collaborato con la casa editrice Einaudi di Torino curando diverse opere di Freud e introducendo lavori di Minkowski, Laing, Fédida, Binswanger, etc.

È anche tra i curatori dell'opera in due volumi *Psiche. Dizionario storico di psicologia, psichiatria, psicoanalisi, neuroscienze* [Barale et al., 2006; 2006]), Leo Nahon (volontario a Gorizia e poi assistente all'*Ospedale Psichiatrico di Trieste* dal 1973 al 1975, è stato inoltre primario di psichiatria a Vimercate e poi Direttore della Struttura Complessa di Psichiatria all'*Ospedale Niguarda di Milano*), Franco Rotelli (ha collaborato dal 1971 con Franco Basaglia a Trieste dove gli è succeduto alla Direzione dei Servizi psichiatrici nel 1979; diventato poi Direttore Generale dell'Azienda Sanitaria di Trieste per un decennio, ha lavorato con organismi internazionali in vari Paesi in tema di politiche per la salute mentale; nel libro *L'istituzione inventata. Almanacco Trieste* 1971-2010 [Rotelli, 2015], ha raccolto la storia di quarant'anni del lavoro a Trieste) e Pierluigi Scapicchio (eletto Consigliere della SIP - *Società Italiana di Psichiatria* nel 1977, vicepresidente dal 1980 al 1991 e presidente dal 1991 al 1999: Scapicchio ha diretto quindi la riforma sin dalla genesi della Legge 180, accompagnando l'intero processo di smantellamento e chiusura dei manicomi e dirigendo gli operatori nella realizzazione di un progetto di psichiatria basato su un nuovo paradigma); tutte dunque persone che hanno lavorato a stretto contatto con Basaglia e che, insieme, non si sedevano a dialogare probabilmente da quei tempi; tutte persone che avevano partecipato alla rivoluzione psichiatrica che ha portato alla chiusura dei manicomi italiani, al dibattito sui diritti umani delle persone

segregate e sole, a un nuovo concetto di follia, alla riabilitazione degli internati, all'apertura dei reparti psichiatrici negli ospedali civili, a un nuovo modello di psichiatria territoriale e di comunità.

L'intera mattina, organizzata e coordinata da Paolo Migone, membro del Comitato Scientifico del CIPRA e condirettore della rivista *Psicoterapia e Scienze Umane*, è stata pubblicata nel primo numero del 2019 della suddetta rivista e il video compare nel suo canale YouTube.

La giornata è proseguita con due sessioni: la prima dedicata all'età evolutiva, inaugurata da Maurizio Andolfi (pioniere della terapia familiare degli anni Settanta, neuropsichiatra infantile e direttore dell'*Accademia di Psicoterapia della Famiglia* di Roma), con la presenza di Antonella Costantino (Neuropsichiatra infantile, Dirigente U.O.N.P.I.A. – *Unità Operativa di Neuropsichiatria dell'Infanzia e dell'Adolescenza* dell'Ospedale Maggiore Policlinico di Milano e Direttore Area Omogenea di Salute Mentale), Luca Mingarelli (psicologo e psicoterapeuta, formatore e supervisore, presidente della *Fondazione Rosa dei Venti* e dell'*Associazione Il Nodo Group*, responsabile di *Comunità Terapeutiche* per adolescenti con psicopatologie complesse e membro del Comitato Direttivo dell'associazione *Mito & Realtà*) e Giuseppe Pozzi (psicoterapeuta psicoanalista, membro *dell'Associazione Mondiale di Psicoanalisi* e della *Scuola Lacaniana di Psicoanalisi*, docente presso *l'Istituto Freudiano*, fondatore e direttore clinico della *Cooperativa Artelier - Onlus*), entrambi soci CIPRA.

La seconda sessione del pomeriggio, moderata da Antonello D'Elia, socio CIPRA e attuale Presidente di *Psichiatria Democratica*, ha visto a confronto il modello istituzionale di cura con modelli alternativi, costruiti nel dialogo fra il settore sanitario, sociale ed educativo, con la partecipazione di Pietro Barbetta, attualmente direttore del Centro Milanese di Terapia Familiare, Riccardo Bettiga, presidente uscente dell'Ordine degli Psicologi della Lombardia, Valerio Canzian, presidente URASAM Lombardia – *Unione Regionale Associazioni Salute Mentale*, Giuseppe Cersosimo, psicologo e psicoterapeuta sistemico, direttore scientifico di CREA Società Cooperativa Sociale ONLUS e responsabile scientifico della sua *Unità di Urgenza Psicologica* e del *Centro Clinico per la Cura e la Ricerca Psicologica della Croce Rossa*, Cristina Palmieri, docente di Consulenza nel Disagio Educativo e di Pedagogia dell'Inclusione Sociale presso *l'Università degli Studi di Milano-Bicocca*, presidente del Corso di Laurea in Scienze dell'Educazione presso la medesima università, socia fondatrice del *Centro Studi Riccardo Massa*, Giuseppe Ruggiero, presidente uscente della FIAP – *Federazione Italiana delle Associazioni di Psicoterapia* e presidente A.I.M.S. – Associazione Internazionale Mediatori Sistemici e Riccardo Zerbetto, membro del Comitato Scientifico del CIPRA, direttore del CSTG - *Centro Studi di Terapia della Gestalt*, già presidente dell'*Associazione Italiana di Psicologia Umanistica* e Transpersonale e dell'*European Association for Psychotherapy* (EAP), socio onorario della FIAP - *Federazione Italiana delle Associazioni di Psicoterapia*, presidente e direttore scientifico di *Orthos*, associazione per lo studio e il trattamento dei giocatori d'azzardo. Sono anche questi tutti nomi prestigiosi che, sul tema dell'interdisciplinarietà e sui contatti e le sinergie fra i diversi settori legati alla relazione d'aiuto hanno individuato numerose criticità; emerge chiaramente quanto l'Italia abbia bisogno di riflettere su questa tematica e sia ancora lontana nella costruzione dei ponti.

La seconda giornata del Convegno si è aperta con un documento fotografico esclusivo e toccante, donato al CIPRA dal *fotoreporter* Claudio Gallone, con cui ha fatto risonanza un prestigioso relatore, Dinesh Bhugra, *past president* della *World Psychiatric Association*, che ha presentato i risultati di un'indagine sul rispetto dei diritti umani e civili dei cittadini con disturbo mentale nel mondo, attorno a ciò che lui chiama "giustizia sociale". Successivamente, una tavola rotonda, con relatori esperti di salute mentale invitati dalla sottoscritta e provenienti da Paesi UE, da Israele e da oltreoceano, ha mostrato una panoramica della situazione nei reciproci Paesi, confrontando l'evoluzione della psichiatria con quella italiana in una sorta di gioco a specchi. La sessione, intitolata "Sguardi reciproci sulla Legge 180: istituzionalizzazione / deistituzionalizzazione in Europa e nel mondo" e oggetto di questa pubblicazione, è stata interamente trascritta e viene presentata al pubblico nel presente volume monografico.

Tornando in Italia, nello stesso convegno rinomati psichiatri che lavorano oggi nell'istituzione (Giuseppe Biffi, Direttore del Dipartimento di Salute Mentale e delle Dipendenze dell'ASST *Santi Paolo e Carlo* di Milano e Segretario del CPPL - *Coordinamento Primari Psichiatri Lombardi*; Mauro Percudani, Presidente della Sip.Lo - *Società Lombarda di Psichiatria* e Direttore del Dipartimento di Salute Mentale e delle

Dipendenze della ASST *Grande Ospedale Metropolitano di Niguarda*; Enrico Zanalda, Direttore dell'*Area Funzionale Salute Mentale* nell'ambito della Direzione Integrata Salute Mentale e Patologia delle Dipendenze dell'ASL TO 3, da ottobre 2018 Presidente SIP - *Società Italiana di Psichiatria*), moderati dal Professor Massimo Clerici (professore associato presso il Dipartimento di Medicina e Chirurgia dell'*Università Milano-Bicocca* dove è direttore della Scuola di Specializzazione in Psichiatria, direttore del Dipartimento di Salute Mentale delle Dipendenze dell'*ASST Monza,* presidente della *Società Italiana Ricerca e Intervento Familiare* e della *Società Italiana delle Dipendenze*) e dal Professor Fabio Madeddu (psichiatra, psicoanalista dell'*International Association for Analytical Psychology,* Professore Ordinario di Psicologia Clinica dell'*Università di Milano-Bicocca*), hanno offerto uno spaccato di cosa siano per loro la clinica e la ricerca psichiatrica oggigiorno in Italia, dialogando con il pubblico e con gli altri relatori dell'evento, confrontandosi con visioni diverse su temi scottanti quali la contenzione dei pazienti e sul cambiamento del panorama della malattia mentale negli ultimi quarant'anni.

Il convegno ha offerto altresì un dialogo interdisciplinare, arricchito dalla presenza di familiari di persone utenti dei Servizi di Salute Mentale. Infatti, nell'ultima sessione della seconda giornata, gestita dalla Professoressa Laura Formenti del Dipartimento di Scienze Umane per la Formazione, ogni professionista della relazione di aiuto coinvolto nel lavoro dei Servizi ha tracciato il senso e lo scopo della sua esperienza professionale a partire da tre parole chiave. Fra i relatori, l'esperta di supporto fra pari (ESP) Deborah Rancati, Anna Barracco, *Past President* del CIPRA, che ha portato la sua toccante testimonianza familiare, e altri professionisti della relazione d'aiuto che lavorano direttamente con il disagio psichico conclamato: l'infermiera Marisa Bittasi, l'operatore artistico Claudio Mustacchi, la pedagogista Maria Benedetta Gambacorti-Passerini, lo psichiatra Giuseppe Tibaldi, lo psicoterapeuta Antonio Restori, l'assistente sociale Lara De Vivo e l'educatrice professionale Cristina Savino.

La parte artistica del Convegno non si è fermata al documentario fotografico di Claudio Gallone: è stato poi visionato un video, dal titolo *Permeabili*, realizzato all'interno del *Centro Diurno Day Care* di Bergamo da Alberto Fragomeni - utente del Dipartimento di Salute Mentale - nell'ambito del progetto riabilitativo e di comunicazione sociale *In transito,* che Paola Grifo, socia CIPRA e psicologa del *Day Care*, ci ha presentato. È all'interno di questo stesso servizio di riabilitazione psichiatrica che sono state realizzate le immagini che illustrano il presente volume. Le opere sono state scelte fra quelle del progetto "*Diritti... e rovescio"*, un progetto artistico i cui partecipanti, utenti e operatori del laboratorio "*Atelier d'arte*" del *Day Care*, sono stati chiamati ad interpretare, attraverso una rappresentazione grafico-pittorica, ciascuno dei trenta articoli della Dichiarazione universale dei Diritti Umani.

Abbiamo scelto queste opere per diverse ragioni: perché si tratta di un lavoro realizzato all'interno di un servizio riabilitativo del Dipartimento di Salute Mentale dell'*ASST Papa Giovanni XXIII* di Bergamo, per dare rilievo all'importanza della Carta dei diritti dell'Uomo e all'interpretazione che ne è stata data dagli ospiti e operatori del laboratorio e perché il progetto, trattando il tema dei diritti dell'uomo, va a rappresentare proprio quello che è il focus di questa nostra pubblicazione. Ci sembra quindi una buona occasione per dare visibilità a questa importante iniziativa.

In chiusura, il gruppo *Basti-Menti*, composto da operatori insieme a persone affette da disagio psichico e loro familiari, chiudeva il cerchio di un evento pensato non solo per i professionisti ma anche per i destinatari della Legge 180. Ringraziamo Franz Comelli, socio CIPRA e coordinatore scientifico dell'associazione e tutti i componenti di *Basti-Menti* per questo dono.

Per le due giornate congressuali ci eravamo posti alcune domande chiave:
- Quali erano gli ideali che hanno spinto questo movimento negli anni Settanta?
- Dove siamo oggi rispetto agli obiettivi originari?
- In che modo hanno proseguito altri Paesi nel mondo e come guardano l'Italia?
- Quali scenari futuri?
- Quale il ruolo dell'interdisciplinarietà?

La presente pubblicazione risponde soprattutto alla terza domanda sopra riportata: *In che modo hanno proseguito altri Paesi nel mondo e come guardano l'Italia?*

A cura di Cecilia Edelstein

Il quarantesimo anniversario ci è parso un'occasione per iniziare a rispondere a queste domande, per sentire testimonianze da parte di protagonisti di una legge che, per molti versi, trasformò le sembianze della società, per dialogare con colleghi esponenti di altre nazioni europee e del mondo, per celebrare i valori fondanti democratici e pluralisti della relazione d'aiuto e della salute mentale dell'individuo, dei sistemi umani e delle intere comunità, per fare un bilancio. La Legge ha bisogno oggi, forse più che mai, di essere conosciuta dai nostri giovani e dal mondo intero, di essere riconosciuta dall'intera comunità dei professionisti della relazione d'aiuto e dai cittadini, anche per poter essere eventualmente criticata e adeguata alla realtà odierna. Riteniamo si tratti di una storia che deve essere raccontata perché non resti cristallizzata né diventi retorica, per favorire un'evoluzione che non la cancelli, per affrontare le criticità odierne, per omaggiarla nella sua sostanza e non solo nella forma, per contribuire, così, al processo di umanizzazione del disagio psichico e della sua cura per sostenere uno sguardo riflessivo che consenta di vedersi, che non può esimersi dallo sguardo altrove, per differenziarsi.

Gli *abstract* in originale, consegnati per il Convegno dai relatori, sono stati raccolti in un *e-book* scaricabile gratuitamente dal sito del CIPRA.

Essendo una trascrizione (sistemata per il lettore), nella presente monografia sarà possibile vivere il clima che regnava nell'Aula Magna della Bicocca nel novembre del 2018, a quarant'anni dalla Legge Basaglia. Il più delle volte, volendo pubblicare il materiale esposto nei convegni, viene realizzata "la pubblicazione degli atti" e gli interventi si trasformano in veri e propri articoli scientifici che rimangono depersonalizzati. Noi abbiamo privilegiato una modalità discorsiva, legata anche all'esperienza personale; tale scelta riguarda non solo questa pubblicazione, ma anche quella del volume 53 di *Psicoterapia e scienze umane* che riporta fedelmente l'apertura del convegno.

Per esigenze editoriali della presente rivista, il volume contiene la raccolta di ogni singolo intervento come un articolo a sé. Di conseguenza, sono stati persi i commenti da parte della sottoscritta, in quanto moderatrice, che connettevano le diverse relazioni; pertanto la presente introduzione al volume è stata riformulata per l'occasione. Al contempo, il lavoro, complesso e articolato, ha richiesto la traduzione in italiano della tavola rotonda, che si era svolta in inglese e francese con traduzione simultanea[1]. A differenza di un normale lavoro di sistemazione, per la stesura di questo volume si è creato un processo interessante poiché, dato che gli autori non conoscevano la lingua italiana e c'era bisogno del loro benestare, un successivo scambio, in alcuni casi configurato come vere e proprie interviste, ha consentito l'ampliamento degli interventi originali.

Apre dunque il presente volume Claudio Gallone, giornalista, *reporter* in aree di guerra e crisi umanitarie, direttore di giornali nazionali e *anchorman* del *network* televisivo internazionale CNBC, scrittore, saggista ed editore. Gallone ha collaborato con UNHCR, l'agenzia per i rifugiati delle Nazioni Unite che assicura protezione e assistenza a loro e a tutti coloro che, a causa di guerre, violenze, persecuzioni e gravi calamità, sono costretti a fuggire lasciando la propria casa e la propria terra. Nei servizi fotografici di Gallone, oltre all'aspetto artistico (che il lettore potrà apprezzare poiché alla fine dell'intervento si trova il link a questo materiale inedito), emerge una particolare attenzione al disagio sociale e alla cura in ambito sanitario e della salute mentale ed è per questo che abbiamo pensato a lui quando abbiamo immaginato l'apertura della seconda giornata congressuale, dedicata a posti del mondo più o meno lontani da noi. Le immagini, accompagnate da musica, non consentono di rimanere indifferenti e costringono a interrogarsi sulla natura umana. L'autore è anche consulente filosofico e ipnologo e, di fronte a tale scelta, ci si chiede cosa sia venuto prima: la scoperta della sofferenza disumana nell'ambito della salute mentale o la scelta di diventare professionista della relazione d'aiuto?

Dinesh Bhugra era un altro degli invitati d'onore di questo convegno. Fino al 2017 è stato presidente della *World Psychiatric Association (WPA)*, massima istituzione internazionale in psichiatria che raccoglie professionisti in tutto il mondo, ed è stato anche presidente del *Royal College of Psychiatrists*. Bhugra si è

---

[1]Approfitto per ringraziare Paolo Migone per la traduzione simultanea dall'inglese in sede di convegno e Anna Barracco per quella dal francese.

particolarmente dedicato a tematiche connesse alla psichiatria sociale e ha presentato al convegno una ricerca svolta in 138 Paesi sull'ingiustizia sociale e la discriminazione nei confronti delle persone affette da un disturbo psichico. Anche i suoi risultati non sono allettanti: nella maggior parte dei Paesi analizzati sussistono leggi che ignorano le migliori pratiche rispetto ad alcuni diritti fondamentali (al voto, all'eredità, al lavoro e al matrimonio fra persone affette da un disturbo); il dramma è che non trovano neanche un accordo su che cosa sia la salute mentale; inoltre, pur avendo firmato la carta delle Nazioni Unite riguardo il diritto delle persone con disabilità, questa non viene rispettata.

Gallone e Bhugra aprivano dunque la mattina con uno sguardo sul mondo e a seguito si è tenuta la tavola rotonda, costituita da esponenti dell'Europa, Israele e Stati Uniti, tutti Paesi occidentali e industrializzati, senza alcuna pretesa di coprire interamente un mondo.

L'idea è stata quella di iniziare dalla Grecia: infatti, da una parte, in Italia e in Europa le sue radici culturali sono molto sentite, da un'altra, è un Paese mediterraneo a noi vicino, un Paese che ancora oggi e dal 2009 vive una forte crisi economica e una situazione particolare per quanto riguarda l'accoglienza di rifugiati e profughi. Valeria Pomini, responsabile dell'*Unità di Terapia Familiare* e della formazione in terapia sistemica presso l'*Istituto Universitario di Ricerca sulla Salute Mentale di Atene*, psicologa e psicoterapeuta sistemica di origine italiana, ha iniziato la sua carriera nel nostro Paese prima di trasferirsi in Grecia, trent'anni fa, lavorando con Paolo Tranchina[2] durante il suo tirocinio, inserendosi nel movimento di Psichiatria Democratica negli anni Settanta e Ottanta e nei *Servizi di Salute Mentale e per le Tossicodipendenze* della Regione Veneto. Ed è proprio dagli anni Ottanta che Pomini parte per descrivere l'influenza dell'idea di Basaglia di una società più equa e che non allontanasse "i diversi" isolandoli negli ospedali psichiatrici, riportando in particolare il caso di Leros, l'isola dell'Egeo in cui le istituzioni Europee si mobilitarono per chiudere un'istituzione particolarmente segregante e barbara, non senza difficoltà. Pomini passa poi a delineare le caratteristiche della riforma psichiatrica in Grecia e del programma *Psichargos* volto alla deistituzionalizzazione, evidenziando come programmi di questo tipo siano fondamentali per contrastare gli effetti della crisi economica e migratoria che ha attanagliato la Grecia negli ultimi dieci anni, con conseguenze enormi sulla salute psichica dei suoi cittadini, rallentando e talvolta bloccando la realizzazione di servizi di salute mentale.

Siamo passati poi a un altro Paese molto vicino a noi, sicuramente geograficamente, che è la Francia. Abbiamo accolto una realtà probabilmente assai diversa, con una storia importante per quanto riguarda i diritti delle persone affette da un disagio psichico. Miermont, psichiatra ospedaliero, già dirigente del *Polo di Terapia Familiare del Gruppo Ospedaliero Paul Guiraud*, Villejuif (Francia), presidente della *Società Francese di Terapia Familiare*, ha curato il *Dictionnaire des thérapies familiales* (Payot, Paris), tradotto anche in italiano e ha pubblicato diversi libri tra cui *Psychose et thérapie familiale* (ESF), *Thérapies familiales et psychiatrie* (Doin, Paris).

Nel suo contributo, Miermont percorre la storia delle quindici legislazioni che, dal 1838 ai tempi più recenti, hanno portato a graduali trasformazioni rispetto alle cure dei pazienti psichiatrici, con particolare attenzione (e pensiero critico) verso quelle "non consensuali". Illustrando la propria esperienza professionale, l'autore si sofferma anche sulla situazione odierna e sui vantaggi di poter prendere in considerazione modalità di lavoro che differiscono dalla terapia familiare classica, a favore di una maggiore collaborazione con i pazienti, le loro famiglie e i professionisti coinvolti.

La Germania, un Paese europeo oggi tutto occidentale che ha avuto una riforma psichiatrica, è stata rappresentata da un collega che ha partecipato a tale riforma e ha anche studiato la nostra legislazione:

Thomas Becker, direttore della Clinica Universitaria di Psichiatria e Psicoterapia II dell'*Università di Ulm* a Günzburg, si è occupato di ricerca e di ricerca-intervento principalmente negli ambiti dei Servizi di Salute

[2] Paolo Tranchina ha diretto insieme ad Agostino Pirella "Fogli di informazione", rivista ancora esistente ed espressione del Movimento antipsichiatrico italiano. Tranchina era stato invitato al convegno del CIPRA e poco prima dell'evento ha avvisato di non poter partecipare per motivi di salute. Tranchina è deceduto due mesi dopo a Firenze, il 29 dicembre 2018.

Mentale, della psichiatria sociale, delle scienze sociali nella salute mentale e della storia della riforma psichiatrica in Germania; è inoltre membro del gruppo di lavoro per le linee guida nazionali degli interventi psicosociali nei Servizi di Salute Mentale. Nel suo articolo, Becker ci riporta alla Germania dell'ovest degli anni Settanta, descrivendo il rapporto tra la riforma italiana e quella tedesca e le ambivalenze nella storia della diffusione dell'ideologia basagliana, di cui inizialmente veniva accettato perlopiù l'aspetto fenomenologico. L'autore descrive la riforma del suo Paese come un processo lento e molto frammentato ma che ha portato, pur mantenendo gli ospedali psichiatrici, a una articolata e variegata psichiatria di comunità in espansione, con un processo di innovazione ancora in atto.

Ho poi pensato di inserire, ancora nel continente europeo, la Lituania. Ho voluto fortemente in questa tavola la Lituania: è un Paese che ha una storia particolare e rappresenta oggi un "nuovo" Stato dell'Unione Europea. Abbiamo ospitato una rappresentante che ha vissuto il periodo dell'Unione Sovietica, quando da giovane psichiatra ha lavorato in un internato e ha vissuto poi la transizione dopo l'indipendenza; Roma Šerkšnienė, Direttrice dell'*Istituto per le Relazioni Familiari di Kaunas*, è la persona che, da qualche anno, sta introducendo la terapia familiare nei servizi di salute mentale in Lituania e la mediazione familiare, due professioni che ancora non esistevano in quel territorio. Per cui una figura davvero particolare che ho voluto rendere partecipe di questa tavola.

L'autrice fa una breve rassegna storica della situazione della salute mentale in Lituania, dal periodo dell'Unione Sovietica fino ad oggi, evidenziando il peso della repressione sovietica e il faticoso processo che ha "finalmente" portato a poter attingere a nuove idee e a sviluppare riforme; descrive quindi la società contemporanea e le sue principali problematiche, portando anche la sua preziosa esperienza personale e mettendo in luce le differenze tra Lituania, Italia e altri Paesi occidentali.

Uscendo dall'Europa, ci si è spostati in Israele, un Paese del Medio Oriente ma con una popolazione considerata occidentale e con dei servizi spesso all'avanguardia e innovativi, grazie al contributo di Alon Ashman. Egli ha lavorato per anni in ospedali psichiatrici e dal 2018 è responsabile di Psichiatria presso il centro riabilitativo di "*Kephar Isun*" e Direttore di un Centro Diurno di Salute Mentale.

L'esponente israeliano descrive un Paese giovane le cui riforme hanno portato ad accogliere i malati mentali con rispetto e dignità, soprattutto grazie a un lavoro di tipo interdisciplinare. Trattandosi di un Paese circondato da nemici, è particolarmente interessante capire come l'emergenza e la continua minaccia esterna sia capace di dare sollievo alle persone con disagio psichico e di creare un "noi" terapeutico con effetti davvero straordinari, collocando sullo stesso piano pazienti e operatori. Infine, Ashman ci catapulta in quelle che vengono definite *Balance homes*, case terapeutiche "aperte" per gli esordi psicotici che sembrano avere un forte impatto nel ridurre i ricoveri ospedalieri.

Infine, siamo arrivati negli Stati Uniti, potenza occidentale che non volevo lasciar fuori, chiudendo così la tavola estera. Marcelo Pakman è psichiatra di comunità e psicoterapeuta sistemico. Ha lavorato per anni nelle istituzioni e ha sempre svolto attività clinica; si è occupato di micropolitica della Salute Mentale di Comunità nell'Ovest del Massachusetts, Stati Uniti. Scrive e lavora in tutto il continente americano e in Europa su situazioni di povertà, violenza e dissonanza etnica, memoria e testimonianza e sul rapporto tra pratica clinica, epistemologia e filosofia.

Dopo aver descritto i vari passi avvenuti nell'evoluzione legislativa e nella politica della salute mentale negli Stati Uniti, Pakman espone le proprie riflessioni attingendo a concetti della cibernetica. Conclude con un paragrafo in cui vengono evidenziate le attuali criticità relative alla salute mentale negli Stati Uniti, come ad esempio le difficoltà e i conflitti che intercorrono tra più professionalità e le questioni politiche ed economiche che le sottendono.

Ai colleghi è stata inviata una traccia: ho chiesto loro di raccontarci e illustrarci, anche attraverso la loro esperienza, la situazione nel loro Paese rispetto alla salute mentale e al tema dell'istituzionalizzazione e della deistituzionalizzazione, di riportare qualche esempio di buona prassi e, infine, di poter fare un gioco un po' a specchi, e cioè di riferirci brevemente se c'è stata in qualche modo un'influenza della Legge 180 "italiana", se c'è stato un impatto da loro, se la si conosce. Per ultimo, ho chiesto loro di descrivere lo stato dell'arte

riguardo ai temi della multidisciplinarietà e dell'interprofessionalità, essendo questi per il CIPRA concetti basilari in cui crediamo profondamente, nonché questioni delicate in Italia, dove si stanno svolgendo vere e proprie guerre fra professioni che lottano per farsi riconoscere.

Istituzionalizzazione/deistituzionalizzazione

«Sparita la lebbra, cancellato o quasi il lebbroso dalle memorie, resteranno queste strutture. […] Poveri, vagabondi, corrigendi e 'teste pazze' riassumeranno la parte abbandonata del lebbroso, e vedremo quale salvezza ci si aspetta da questa esclusione, per essi e per quelli stessi che li escludono. Con un senso tutto nuovo e in una cultura differente le forme resisteranno: soprattutto quella importante di una separazione rigorosa che è esclusione sociale ma reintegrazione spirituale.» (Michel Foucault, *Storia della follia nell'età classica*)

Nelle due giornate di convegno non si è parlato, intenzionalmente, della storia manicomiale: con l'obiettivo di analizzare la storia contemporanea nei diversi Paesi, di osservare il presente e di pensare al futuro, si desiderava partire dalla rivoluzione e dal movimento che aveva reso possibile la scrittura e la promulgazione della Legge 180 che aveva chiuso i manicomi. Ai Paesi esteri è stato chiesto un intervento che illustrasse lo stesso periodo legato al tema dell'istituzionalizzazione e ai processi di deistituzionalizzazione.

Diventa utile quindi per il presente volume offrire una breve panoramica che consenta di contestualizzare la storia precedente a questi ultimi quarant'anni, partendo dagli esordi dell'idea dell'internamento dei folli e del processo di istituzionalizzazione, per dare un senso a ciò che è successo in Italia e in altre Nazioni occidentali.

Forse non a caso nella tavola rotonda presentata in questo volume, l'unico a fare un cenno a un periodo antecedente agli anni Sessanta è stato Miermont, l'esponente francese, partendo dal 1838, l'anno di promulgazione della legge che prevedeva un rifugio per le persone che rappresentavano un pericolo per se stessi o per gli altri, attraverso procedure perlopiù di "collocamento forzato" o "internalizzazione ufficiale". Scrivo che non credo sia un caso poiché non si può non collegare lo studioso francese Michel Foucault alla storia dell'internalizzazione e della segregazione delle persone considerate "folli" (Foucault, 1961), così come la nascita della psichiatria è considerata, a Parigi nel 1778 e legata a Pinel.

Foucault colloca in tempi lontani l'esistenza di "ospedali per matti" nel mondo arabo con connotati che lui racchiude nell'espressione "umanismo medico", accompagnati da una cura dello spirito attraverso musica, danza e spettacoli (Foucault, 1972, p. 71). In Italia, invece, conosciamo l'istituzione solo per i folli fin dal Medioevo: la prima forse a Bergamo, dal 1352, la seconda a Firenze sin dal 1387 e dal 1400 a Roma, Padova, Milano… (De Bernardi et.al., 1980). Tuttavia, il trattamento qui era ben diverso e le persone rinchiuse venivano tenute su "letti" di paglia e spesso legate con le catene alle quattro estremità degli arti. I folli venivano considerati per lo più cronici e incurabili (De Bernardi, 1982).

Malgrado queste testimonianze di istituzioni specifiche per le persone considerate "matte", a partire dal Diciassettesimo secolo, con la fondazione nel 1656 di un luogo di internamento in Francia per folli, per criminali, per vagabondi e mendicanti, sembrerebbe che nella storia si fossero sviluppate inizialmente delle pseudo prigioni che mescolavano carità con repressione ed esclusione. Per lungo tempo, il "matto" ha rappresentato una figura da rinserrare, pur non godendo di uno *status* riconosciuto e mescolato con altre categorie, dovendo sottomettersi a trattamenti basati sul castigo e sulla costrizione ad imparare a comportarsi "normalmente", attraverso giudizio e punizione, con metodi brutalizzanti (Foucault, 1976).

Nell'ordine sociale, lo *status* di folle evolve e la Francia, come accennato prima, è considerata il luogo della nascita della psichiatria: con le idee illuministe del secondo Settecento e con l'affermazione dei diritti dell'uomo e del cittadino della Rivoluzione francese, il folle, il criminale, e il povero vengono distinti e il primo inizia a essere riconosciuto come una persona malata, finché, durante la Rivoluzione, lo psichiatra francese Philippe Pinel avrebbe istituito il manicomio come luogo "scientifico" di cura dei malati di mente, bisognosi di un trattamento "morale" e non più di catene. Emergono classificazioni, si organizzano i manicomi come una sorta di ospedali e non più di prigioni e la scuola di Pinel, che velocemente si espande

oltre i confini francesi in Europa e in America del Nord, studia metodicamente i casi, comprese l'anamnesi e le "passioni" (Pinel, 1798).

Tuttavia, pur liberando i malati dalle catene e dagli abusi assistenziali dovuti a ignoranza e superstizione, i metodi di cura mantengono come obiettivi principali il controllo e la correzione.

L'istituzione manicomiale si sviluppa desiderando proporsi come istituzione sanitaria e medica, anche se il rapporto fra scienza e cura dei folli rimane ambiguo (De Bernardi e Panzeri, 1979). È in questo contesto che, sin dagli albori, la categoria dello psichiatra tenta faticosamente di guadagnarsi uno spazio di riconoscimento nella Medicina Generale, specializzazione che a lungo non è stata riconosciuta. Pur prefigurandosi obiettivi di cura e di ricerca medica e "perfezionandosi" durante il Novecento, l'istituzione manicomiale non solo reclude e isola i folli, ma parallelamente accade lo stesso ai curanti. Il desiderio dello psichiatra di appartenere in tutto al mondo medico diventa un'arma a doppio taglio: la sua specificità, quella della cura dell'anima legata alle Scienze umane e non alle Scienze esatte, che non può esimersi da uno sguardo ambientale e sociale, rischia di non rendere giustizia all'aspetto creativo e artistico, spogliando così la professione dell'aspetto umano, la sua meraviglia. Così, il riconoscimento, vissuto come un traguardo, ha intrappolato maggiormente la categoria, lasciandola rinchiusa nelle istituzioni che si configurano, comunque, come un mondo pseudo-sanitario.

La professione di psichiatra ha ancora una lunga strada da percorrere per meglio definirsi come figura ponte fra diversi ambiti e diverse discipline, soprattutto quelle delle Scienze umane.

Il Novecento vede farsi largo due approcci differenti: da un lato il movimento psicoanalitico apre a una nuova prospettiva che vede nel disagio psichico una persona che ha bisogno di cura e di un trattamento che riguarda l'anima attraverso la relazione; dall'altro, con la scoperta dei neurolettici e lo sviluppo della psichiatria ad ispirazione biologica, un'altra modalità di cura è quella di placcare il disagio psichico prevalentemente con l'ausilio degli psicofarmaci.

In questa seconda modalità giacevano le istituzioni manicomiali, in cui le persone venivano sedate, legate o sottoposte a elettroshock. E così, nel Novecento, l'istituzione manicomiale si specializza nella funzione sociale di contenitore della follia, di esclusione e di controllo sociale, creando la "malattia istituzionale" (Foucault, 1976; Piccione, 1995): la lungodegenza in manicomio produce un comportamento patologico, soprattutto per la persona fragile, portatrice di una sofferenza psichica, comportamento che gli operatori del manicomio non collegano agli effetti dannosi del trattamento prolungato nell'istituzione bensì al disturbo psichico.

In mezzo a questi movimenti, a causa del crescente numero dei malati nei manicomi, in Italia cominciò a farsi strada l'idea di dover trovare un modo per regolare queste strutture che avevano totale autonomia nella scelta di chi far internare. Tale idea trovò spazio nella Legge 36 del 1904, la Legge Giolitti, che rimase in vigore fino al 1978, definendo criteri specifici di internamento sostanzialmente attorno alla pericolosità sociale e al pubblico scandalo. Anche se innovativa per i tempi, la legge serviva principalmente a proteggere la società dai "matti", non considerando i diritti e i bisogni del malato, ancora vittima di metodi brutali. Lo stile rimaneva punitivo e la cura non aveva uno scopo riabilitativo, ma si configurava come un trattamento che aveva come obiettivo quello di tenere le persone sedate e rinchiuse per anni, se non a vita, anche perché, di fatto, non avevano un luogo alternativo in cui tornare. Si evince che nell'istituzione manicomiale, la relazione del professionista nei confronti del malato era fondamentalmente basata sul potere.

È quando l'Europa si riprende nel secondo dopo guerra e nel periodo post-coloniale, che il tema del potere viene messo in discussione. In Francia, come già accennato, il movimento forte che spinge verso la deistituzionalizzazione vede uno dei maggiori esponenti in Michel Foucault, che critica la pratica psichiatrica contemporanea e i metodi brutali con cui il "folle", considerato ormai un escluso da rinchiudere tra quattro mura, viene trattato (Foucault, 1961).

Un altro protagonista del processo di deistituzionalizzazione, Erving Goffman (2001), che descrisse l'istituzionalizzazione dei "pazzi" negli ospedali psichiatrici americani, fonda insieme a Thomas Szasz

(1981) la "*American Association for the Abolition of Involuntary Mental Hospitalization*".

Alla fine degli anni Sessanta nasce il "movimento antipsichiatrico" che ha l'obiettivo di contrastare le teorie e pratiche della psichiatria dominante.

In Italia nel 1973 si forma il movimento di *Psichiatria Democratica* e la violenza esercitata nei manicomi viene resa pubblica; gli anni Settanta sono quelli raccontati e dibattuti nella sessione di apertura del convegno di Milano (Orisini et.al 2019).

Conclusioni

Dalla tavola rotonda estera, oggetto del presente volume, e dal Convegno in generale, emerge una panoramica mondiale critica, talvolta allarmante, per quanto riguarda lo stigma nella maggior parte dei Paesi del mondo, in cui le politiche sociali creano un sistema di salute mentale che non può esimersi dall'utilizzo del potere e la conseguente discriminazione sociale; un distorto utilizzo del potere si esprime anche attraverso eserciti di professionisti della relazione d'aiuto che si trovano sempre più in posizione piramidale. Strutture territoriali non connesse in modo armonico e ospedali psichiatrici o dipartimenti di diagnosi e cura finiscono per rinchiudere le persone, utilizzando ancora la contenzione meccanica e neurolettici anziché relazioni terapeutiche. All'interno di questa costellazione, la Legge Basaglia rischia di rimanere un'icona. Sembra essersi confermata la tesi di Foot, che osserva come la psichiatria oggi appare come arrestata, cristallizzata, se non tornata indietro, abbandonando l'obiettivo della cura e del reinserimento della persona con un disagio psichico nel territorio e favorendo un'eterna permanenza all'interno dei servizi (Foot, 2014).

Tuttavia, in sede di convegno è passato anche e soprattutto un altro messaggio trasversale: il desiderio di continuare a lavorare per estendere il concetto di giustizia sociale fra cittadini e addetti al lavoro e di portare avanti un necessario e possibile processo di deistituzionalizzazione e umanizzazione dell'intero sistema di salute mentale, compresi utenti e operatori appartenenti agli ambiti sociale, assistenziale, sanitario ed educativo. L'evento tenutosi all'Università di Milano-Bicocca a novembre 2018 ha avviato conversazioni, dialoghi, scambi e, come scrive Galli nella premessa al volume che ha pubblicato sull'apertura della prima giornata, "*le domande proposte da Paolo Migone per la tavola rotonda, in sede di convegno, non hanno trovato risposta ma il rilancio del dibattito, in un'atmosfera di rispetto e stima tra gli interlocutori*" (Galli, 2019, pag. 9). Un dibattito che è continuato in entrambe le giornate, dense di stimoli, e che ha visto il CIPRA durante il 2019 al lavoro per pubblicare il più possibile i suoi contenuti e la sua sostanza e per diffondere l'idea di una cultura differente attraverso eventi di vario tipo; non più quindi la mera celebrazione di una legge che aveva sin dall'inizio le sue criticità - come riportava Orsini nella sua relazione del 16 novembre 2018 - ma la consapevolezza di aver avuto in Italia una legge che da quarant'anni ha liberato i folli da una prigione, ha modificato il loro stigma e la politica di esclusione sociale; una legge che può oggi essere la base di una nuova riforma che punti a umanizzare la relazione d'aiuto. Lo stesso Basaglia commentava lucidamente a riguardo della legge 180: "*è una legge transitoria, fatta per evitare il referendum, e perciò non immune da compromessi politici. Attenzione quindi alle facili euforie. Non si deve credere di aver trovato la panacea a tutti i problemi del malato di mente con il suo inserimento negli ospedali tradizionali. La nuova legge cerca di omologare la psichiatria alla medicina, cioè il comportamento umano al corpo. Ma è come se volessimo omologare i cani alle banane*". (Basaglia, intervista a La Stampa del 12/05/1978).

La presente pubblicazione si propone come un richiamo a unire le forze a livello internazionale, prendendo le buone pratiche e le idee illuminanti esistenti nei vari Paesi europei e alcuni Paesi extraeuropei, poiché in ogni Stato abbiamo trovato esperienze positive. Solo l'apprezzamento reciproco e la costruzione di una rete potranno creare le basi per un insieme armonioso che abbia capacità progettuale e voce in capitolo e che possa contrastare o affiancare le istituzioni che perpetuano pratiche segregative con metodi talvolta antichi, altri "liquidi" (Bauman, 2002).

Con l'obiettivo di salvaguardare la salute di tutti, gli Stati Membri della Regione Europea dell'OMS (51 Paesi) si sono trovati in accordo nel definire come uno dei punti chiave per la promozione della Salute nella Comunità Europea sia quello di ricorrere ad un approccio multidisciplinare di un intervento di promozione della salute; questo comporta il coinvolgimento dei professionisti dei diversi settori, sottolineando la

responsabilità di tutti i soggetti interessati. Se all'aspetto multidisciplinare aggiungiamo quello interdisciplinare, la realizzazione di questo intreccio diventa un'arte i cui protagonisti sono la conoscenza reciproca, l'attenzione alle relazioni, l'interscambiabilità, ruoli ben chiari, confini flessibili e collaborazioni pratiche (Edelstein, 2010). Per interdisciplinarietà si intende la collaborazione fra discipline e professioni diverse o fra settori eterogenei di una stessa scienza attraverso interazioni e reciprocità di scambi, tali da determinare mutui arricchimenti culturali (Piaget, Bruner, 1982).

La medesima arte vuole qui essere applicata nel fare rete anche su un livello più ampio, una rete che arrivi a connettere non solo diversi professionisti, ma anche diverse culture da cui poter trarre ispirazione.

Raccogliendo l'occasione di una tavola con esponenti esteri, conoscere la realtà di altri Paesi e Nazioni ci consente di cogliere le buone e varie esperienze che sono emerse: mettendole insieme, possiamo lavorare in sinergia e rimanere in contatto. La rete fra i componenti della sessione del mattino si sta infatti concependo attorno a un progetto europeo che speriamo venga presto approvato; questa rete oggi è costituita dalla Francia, la Germania, la Grecia, la Lituania e l'Italia, quest'ultima come ente capofila, e intende unire il sanitario soprattutto con il sociale e l'educativo. Siamo convinti che soltanto uno stretto contatto con altri ambiti e settori in senso lato, soprattutto oggi che, in Italia, lo psicologo è entrato a pieno titolo nell'ambito sanitario, potrà salvare la salute mentale dalla deriva "monomedica". Non più segregati, ma riconosciuti, accettati e accolti nel mondo della Medicina Generale, gli psichiatri oggi potrebbero restituire al mondo della salute mentale la ricchezza dell'interdisciplinarietà, abbracciando, insieme allo psicologo, il sociale e l'educativo e cogliendo così il privilegio di essere considerati i padri della cura dell'anima.

Buona lettura!

Bibliografia

Barale, F., Bertani M., Gallese V., Mistura S., Zamperini A., (a cura di) 2006 Psiche. Vol. 1 A-K: dizionario storico di psicologia, psichiatria, psicoanalisi, neuroscienze. Einaudi, Torino.

Barale, F., Bertani M., Gallese V., Mistura S., Zamperini A., (a cura di) 2006 Psiche. Vol. 2 L-Z: dizionario storico di psicologia, psichiatria, psicoanalisi, neuroscienze. Einaudi, Torino.

Basaglia F., 2018. Conferenze brasiliane, (a cura di Ongaro Basaglia F. e Giannichedda M. G.), Raffaello Cortina Ed., Milano (2000).

Bauman Z., 2002. Modernità liquida, Laterza, Roma-Bari.

Bateson G., 1984. Mente e natura. Un'unità necessaria, Adelphi, Milano (1979).

De Bernardi A., De Peri F., Panzeri L., 1980. Tempo e catene. Manicomio, psichiatria e classi subalterne. Il caso milanese. Franco Angeli Ed., Milano.

De Bernardi A., 1982. "Malattia mentale e trasformazioni sociali. La storia dei folli" in De Bernardi A. (a cura di), Follia, psichiatria e società. Istituzioni manicomiali, scienza psichiatrica e classi sociali dell'Italia moderna e contemporanea. Franco Angeli Ed., Milano.

Edelstein C., 2010. Interdisciplinarietà e reti di professionisti. Il lavoro clinico con i migranti, in Riflessioni Sistemiche, volume 3, Rivista elettronica ad accesso libero.

Edelstein C., 2017. "Un movimento umanistico emergente: il Coordinamento Italiano dei Professionisti della Relazione di Aiuto (CIPRA)" in m@gm@ - Rivista Internazionale di Scienze Umane e Sociali, vol 15, n°2. Numero tematico diretto da Edelstein C. "Movimento umanistico e relazione d'aiuto: verso una sensibilità collettiva".

Foot J., 2014, La Repubblica dei matti, Feltrinelli Editore, Milano.

Foucault M., 1976, Sorvegliare e Punire. Nascita della prigione, Einaudi, Torino.

Foucault M., 1961, Storia della follia nell'età classica, (a cura di Galzigna M.). BUR Biblioteca Universale Rizzoli, Milano, trad. italiana 2011.

Goffman E, 2001. Asylums. Le istituzioni totali: i meccanismi dell'esclusione e della violenza, Edizioni di Comunità, Torino (1961).

Galli P. F., 2019. "Editoriale. Psichiatria: domande in lista d'attesa" in Psicoterapia e Scienze Umane, vol 53, n°1, pp. 9-22.

Manghi S., (a cura di) 2002. Attraverso Bateson. Ecologia della mente e relazioni sociali, Raffaello Cortina Ed., Milano.

Orsini B., Giannichedda M.G., Mistura S., (2019), “La legge 180.Le diverse anime del movimento anti-itituzi in Psicoterapia e Scienze Umane, Vol 53, n.1, pp. 13-66.

Piaget J.S., Bruner J. Et al., 1982. Pedagogia strutturalista, Paravia, cap. IV. Sironi F., Torino, 1999. Bourreaux et victimes. Psychologie de la torture, Ed. Odile Jacob (Trad. it., 2001. Persecutori e vittime. Strategie di violenza, Feltrinelli Ed., Milano).

Pinel PH., 1798. *Nosographie philosophique, ou la méthode de l’analyse appliquée à la médecine* vol. 1, Richard, Caille et Ravier, Paris.

Piccione R. 1995, *Manuale di Psichiatria*, Bulzoni Editore, Roma.

Rotelli F., 2015. L'istituzione inventata: almanacco: Trieste, 1971-2010. Alpha Beta Verlag, Merano.

Szasz T.S., 1981. *Il mito della psicoterapia: la cura della mente come religione, retorica e repressione*. Feltrinelli, Milano

Sitografia

Sito del CIPRA – *Società Italiana Professionisti della Relazione d’Aiuto*: www.cipraweb.it.

Sito della *Società Italiana di Psichiatria* - Storia: www.psichiatria.it.

Legge 13 maggio 1978, n.180. “Accertamenti e trattamenti sanitari volontari e obbligatori”: www.salute.gov.it).

M@GM@ Rivista internazionale di Scienze Umane e Sociali vol.17, n.2, 2019, ISSN 1721-9809

Psichiatria ai confini del mondo: testimonianze in Sierra Leone e Afghanistan

Claudio Gallone

c.gallone@me.com

Editore, giornalista, direttore di testata, autore e conduttore televisivo, inviato in aree di crisi umanitarie e di guerra, fotoreporter, direttore della comunicazione in società multinazionali. Analista del Profondo e Consulente Filosofico. Scuola Master Internazionale C.G. Jung e J. Hillman di Firenze. Centro Studi Terapie della Gestalt di Milano, Ipnologo certificato.

"Diritti... e rovescio" - Dichiarazione universale dei Diritti dell'Uomo, progetto realizzato all'interno del laboratorio "Atelier d'Arte" del Centro Diurno Day Care dell'Ospedale di Bergamo.

Grazie Cecilia. Signore e signori, buongiorno a tutti.

Oscar Wilde diceva che ci sono tre modi certi affinché un uomo riesca a rovinarsi, e tutti e tre sono figli della follia. Il primo modo è (a chi piace) con le donne; il secondo modo è quasi certo, ma assolutamente folle, ed è con il gioco; il terzo modo, che è indiscutibilmente il più folle, è con i libri, nonostante lui fosse un editore di libri.

Io mi sono innamorato di *sofia*: la filosofia, la saggezza; mi sono innamorato della filosofia e ho investito tutti i miei capitali in una casa editrice dalla quale ho pubblicato numerosi libri come quelli di Émile Zola, l'intera collana con Emanuele Severino... e, quando ho terminato tutti i miei soldi, ho deciso di dedicarmi a entrare in contatto con la verità. Parola molto soggettiva, potrei dire con l'autenticità della vita, quindi ho deciso di fare il reporter di guerra; il mio mestiere è scrivere, ma la scrittura non mi bastava perciò ho usato la macchina fotografica.

Dal 2001 al 2015 ho realizzato reportage fotografici e servizi giornalistici in circa novanta Paesi nel mondo, tra cui numerosi teatri di guerra e aree devastate da cataclismi naturali o grandi crisi umanitarie. Mi sono spesso imbattuto negli esiti di traumi e shock che hanno causato profondi disagi psichici sulle popolazioni.

Da testimone, con la mia macchina fotografica, ho potuto constatare come nel tentativo di sopravvivere, l’essere umano azzarda la fuga da tanti orrori insopportabili per la mente. Cerca stabilità ed equilibrio. Ho

anche avuto spesso la sensazione che, dove e quando non esistono le opportunità per realizzare un cambiamento reale, la mente ricerca un tentativo estremo per “non stare” e non accettare tanto dolore. E si dissocia dall’esistenza.

Oggi vi parlerò di due Paesi su cui ho preparato, per questo evento, un servizio fotografico inedito.

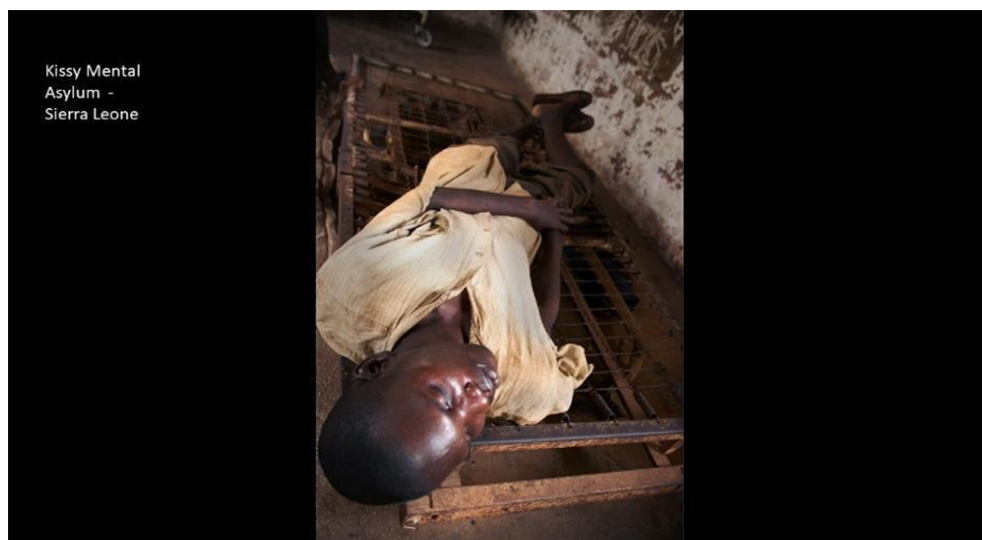
Sierra Leone

Dal 1991 al 2001 la Sierra Leone è stata devastata da una guerra civile tra le più brutali che l’Africa possa ricordare. Il presidente della Liberia, Charles Taylor, è stato recentemente condannato a 50 anni di galera per gli efferati crimini di guerra commessi nel Paese, con l’intento di accaparrarsi il controllo delle miniere di diamanti che si trovano a cielo aperto.

In undici anni di conflitti, sono state uccise circa 50 mila persone e oltre 6 mila sono state amputate a colpi di machete. Alla fine della guerra, la *World Health Organization* ha stimato che in Sierra Leone, su una popolazione di circa 7 milioni di abitanti, quasi mezzo milione soffriva di malattie mentali come depressione o *Post Traumatic Stress Disorder*. Di queste solo l’un per cento riceveva qualche cura, ma non sempre.

Grazie all’aiuto di un prete missionario italiano (del poco noto Ordine dei Giuseppini), nel 2008 sono riuscito ad entrare al *Kissy Mental Hospital* in un sobborgo ai margini di Freetown, la capitale della Sierra Leone. Fondato nel 1820 con il nome di *Kissy Lunatic Asylum,* è l’unico ospedale psichiatrico non solo della nazione, ma di tutto il West Africa Sub Sahariano.

Il *Kissy Mental Hospital* ospita oltre 250 pazienti. Questi sono tutti prigionieri tenuti in catene e sedati con psicofarmaci. Il direttore dell’ospedale è un infermiere. Lui mi ha riferito che lo psichiatra cui fa riferimento si reca all’ospedale una volta alla settimana; ma non sempre. Dalle mie fonti ho verificato che oggi, quello psichiatra ha compiuto 70 anni e non esercita più.

Quasi tutti i letti sono sprovvisti di materassi. Nelle corsie viene fatta girare un’unica tanica d’acqua dalla quale i pazienti possono bere a turno. Non c’è sorveglianza e non è detto che l’acqua arrivi a tutti. I pavimenti sono ovunque lordi di liquami.

Sierra Leone

Un giovane uomo sta in piedi incatenato vicino a una porta, declama Shakespeare leggendo un libro che tiene girato al contrario, ha i pantaloni abbassati ed è nudo dalla cintura in giù. Un altro parla con il suo spazzolino da denti. Un altro ancora sostiene di essere il profeta di Dio, mentre il suo vicino parla della situazione politica, convinto di essere al Parlamento.

Nel Reparto dei Violenti, i letti sono stati sostituiti da porte di automobili arrugginite. In un perfetto inglese, un paziente a torso nudo dice di aver dipinto per il mio arrivo “l’Ultima Cena”. E mostra dei graffi sull’intonaco consunto della parete. È molto muscoloso e mi afferra in una stretta dalla quale riesco a scivolare via con uno stratagemma. Fuori dal reparto, una vecchia guardia urla in un inglese incomprensibile, cercando di avvisarmi di uscire subito, perché sono in un luogo molto pericoloso.

Sierra Leone

Il *Kissy Mental Hospital* si trova a Krio, in una località nota come “*Crase Yard*”, nella zona est di Freetown circondata da case bruciate. L’ospedale era stato occupato dalle truppe del RUF, *Revolutionary United Front*, il gruppo di ribelli che reclutavano bambini e li costringevano a uccidere gli abitanti dei villaggi per rappresaglia contro il governo centrale e per indurlo a non indire nuove elezioni.

Prima di ogni attacco, i giovani sottufficiali incidevano nella fronte dei soldati più piccoli un taglio di un centimetro, nel quale inserire la *Brown Brown:* un cocktail di cocaina e polvere da sparo che garantisce un flash immediato, molto coraggio e l’esplosione di violenze e crudeltà indescrivibili.

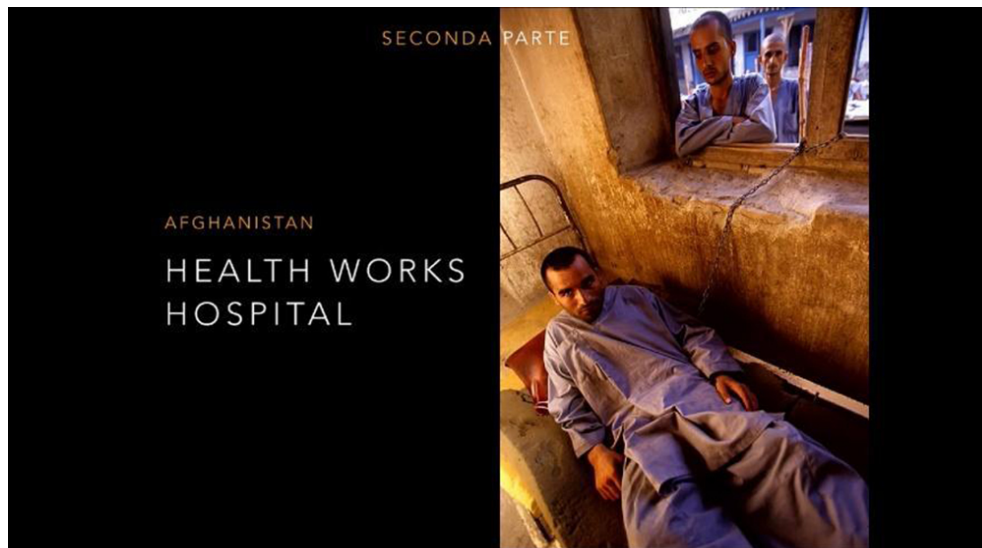
Secondo le stime dell’ospedale governativo della regione di Bo, l’abuso di droghe rappresenta l’80,5% delle cause di malattie psichiatriche. La *World Health Organization* stima che in Sierra Leone ci siano 715 mila persone che soffrono di disturbi mentali, ma solo in 2 mila ricevono alcune cure a causa dell’arretratezza e della povertà della regione. In generale, il disagio mentale non viene considerato degno di attenzione e di cura. Le persone malate non solo non riescono a trovare un lavoro: sono anche oggetto di molestie e abusi sessuali, soprattutto se di genere femminile. Si stima che nella vicina Liberia, colpita dal conflitto, il 40% della popolazione soffra di *Post Traumatic Stress Disorder*. In questo Paese, dove vengono praticati riti sciamanici e stregoneria, la popolazione crede che la malattia mentale sia contagiosa. Dalle testimonianze che ho raccolto, in assenza di ospedali psichiatrici, i malati che soffrono di convulsioni come gli epilettici, corrono il rischio di essere arsi vivi o affogati.

Dal 2008, in Sierra Leone è stata istituita la *Mental Health Coalition*: la Commissione Europea ha cercato di avviare una sponsorizzazione per la formazione di 25 infermieri, dedicati ai malati psichiatrici. Secondo i ritmi africani però, tutto questo richiede molto tempo.

Afghanistan

A 8.500 chilometri di distanza, in un'altra regione del Pianeta, nel Vicino Oriente, la situazione non è del tutto dissimile.

In Afghanistan ho avuto modo di riscontrare un relativo senso civico nei confronti della malattia mentale. Questo accade perché qui è molto diffusa per i danni psichici, provocati da circa 40 anni di guerre e invasioni

da parte dei Russi prima, dagli Americani poi e con l'intervallo delle atrocità commesse dal governo dei Talebani. La regione di Jalalabad, che dista circa 170 chilometri da Kabul, ha una cultura fortemente integralista e la popolazione è praticamente sotto il controllo spirituale dei talebani. Qui le pratiche mediche sono ancora ancestrali, soprattutto per quanto riguarda le patologie mentali.

Afghanistan

La cultura radicalizzata spiega che il sintomo psichiatrico rappresenta l'epifenomeno di un disagio dello spirito che non riesce a comunicare con Allah. Quando un uomo presenta un comportamento psicotico o fortemente aggressivo in famiglia, per cui picchia moglie e figli, è ancora nella norma. Al contrario, quando comincia a molestare e a colpire senza alcun motivo anche gli amici, allora viene portato al cimitero del villaggio. Qui riceve le prime cure e viene eseguita la diagnosi, per capire che cosa fare. Il paziente in osservazione viene tenuto per quaranta giorni e quaranta notti in catene sotto un albero. La dieta è a base di pane, acqua e pepe nero. Non esistono infermieri, se ne prendono cura i bambini del villaggio, che vivono e giocano tra le tombe, sotto il controllo del guardiano del santuario.

Afghanistan

La dieta è talmente povera che affievolisce le energie, anche dei più violenti. Molti sono tossicodipendenti. L'abuso di hashish, ma anche dell'oppio, è frequente tra gli uomini, e le famiglie portano il congiunto al cimitero per una cura, quando è ormai incapace di intendere e volere. La terapia consiste in un'astinenza assoluta, e per come viene proposta rappresenta un'antica ed efficace formula di disintossicazione. Se il guardiano del cimitero riconosce che Allah, forse, si è rivelato e ha parlato al cuore del paziente, la cura

viene protratta per altri 40 giorni; giusto il tempo per verificare che Allah non si sia sbagliato. Nel caso in cui Dio non offra alcun segno della sua presenza, la porta dell'ospedale psichiatrico di Nangarhar è aperta.

Afghanistan

Afghanistan

Quando entro, trovo una cinquantina di pazienti raccolti nel cortile accanto ai loro letti, che sono stati spostati all'aria aperta per sopravvivere al caldo. Sono tutti in divisa. Il direttore è uno psichiatra molto gentile e sensibile, si lamenta di poter fare quello che può con i pochi farmaci a sua disposizione; anche qui non ci sono infermieri e il suo ospedale è l'unico di tutta la regione orientale dell'Afghanistan.

Nel Paese si contano altri due nosocomi psichiatrici: uno è a Kabul, l'altro a Shebargan. Secondo le stime del 2018 di *Emro*, l'agenzia regionale delle Nazioni Unite che opera in seno alla *World Health Organization*, oltre un milione di afghani soffre di disagi mentali e 1,2 milioni soffre di disordini d'ansia.

In tutto il Paese operano otto psichiatri, 18 infermieri specializzati e 20 psicologi; per una popolazione di 31,5 milioni di abitanti. Le donne soffrono maggiormente di depressione e stati d'ansia; causati da perdite traumatiche, shock, abusi sessuali, violenze domestiche. Gli stati psicologici e le psicosi che ne derivano, vengono sanzionate dalla stessa società con la "*purda*": una sorta di segregazione riservata al genere femminile, che impedisce loro ogni relazione sociale.

Nel corso dei miei reportage, ho sempre cercato di alzare la macchina fotografica senza giudizio né pregiudizio; ho cercato di stare con i semplici battiti del mio cuore, ascoltando il mio respiro. Nella sequenza delle immagini che vi presento, vi racconto quello che i miei occhi hanno visto.

Proiezione di fotografie degli spazi di salute mentale in Afghanistan e in Sierra Leone

Proverbio arabo. (Albert Camus)

www.youtube.com

Cecilia:

Ringrazio Claudio Gallone per la sua presentazione e, soprattutto, per il dono che ci ha offerto con questo video, opera artistica contenente immagini terribili che spalancano finestre da noi spesso rigorosamente chiuse, forse perché lontane, forse perché in gran parte sconosciute. È nostro dovere mantenere il più possibile uno sguardo ad ampio raggio. La qualità della professione sta non solo nel vedere da vicino in profondità, ma anche nel poter guardare da lontano distinguendo fra figura e sfondo.

Abbiamo visto immagini e sentito descrizioni di mondi che appaiono distanti e irraggiungibili, anche se spesso si tratta di popolazioni che, in cerca di salvezza, arrivano da noi. La consapevolezza che abbiamo a che fare con quelle terre lontane in modo molto più diretto di quanto non appaia, è fondamentale. Per motivi di tempo, non entro adesso nel discorso di cosa noi, mondo ricco e sviluppato, possiamo fare per migliorare la situazione, anche se sarebbe un discorso da approfondire e a cui dedicare spazi privilegiati perché in maniera indiretta o diretta tutto è connesso: viviamo in uno stesso mondo.

È soltanto un'illusione credere che, se così lontani, non incidano sul resto del mondo e su di noi. La teoria sistemica ce lo insegna.

Giustizia sociale, discriminazione sociale e malattia mentale: una ricerca attorno al mondo

Dinesh Bhugra

dinesh.bhugra@kcl.ac.uk

Professore Emerito di Salute Mentale e Diversità Culturale presso l'Istituto di Psichiatria, Psicologia e Neuroscienze del King's College di Londra, fra il 2014 e il 2017 Bhugra è stato Presidente della World Psychiatric Association (WPA), massima istituzione internazionale in psichiatria che raccoglie professionisti in tutto il mondo. Past President del Royal College of Psychiatrists. Bhugra si è particolarmente dedicato a tematiche connesse alla psichiatria sociale.

"Diritti... e rovescio" - Dichiarazione universale dei Diritti dell'Uomo, progetto realizzato all'interno del laboratorio "Atelier d'Arte" del Centro Diurno Day Care dell'Ospedale di Bergamo.

Buongiorno, mi scuso di non parlare in italiano, l'inglese è già la mia terza lingua. È un mio grande piacere essere qui ad omaggiare con voi una grande legge. Quello che farò stamattina è presentare alcuni risultati della ricerca internazionale che abbiamo svolto recentemente. Parlerò di giustizia sociale e di discriminazione sociale tra i pazienti psichiatrici.

Sappiamo che le malattie di ogni tipo hanno origine sociale: Virchow (1986) disse che tutta la medicina ha origini sociali. Una delle sfide più grosse è che noi, in realtà, non capiamo bene la differenza tra salute mentale e malattia mentale: sono i due opposti di uno stesso spettro; in questo continuum si può essere malato o sano di mente. Cosa accade, per esempio, alle persone che sono bipolari e che sono sane nei periodi intercritici?

Sappiamo che la malattia mentale riguarda il pensiero, l'umore o il comportamento, ma una delle più grosse provocazioni è che la società decide cosa è normale e cosa è patologico. Sappiamo che in tutto il mondo i Servizi di Salute mentale non hanno gli stessi finanziamenti, non c'è la stessa giustizia e che molte cose hanno a che fare con lo stigma interiorizzato, con pregiudizi esterni e discriminazione esterna.

La *giustizia sociale* riguarda le istituzioni che devono essere rafforzate. Perciò, è una nostra grande responsabilità quella di lavorare insieme per rinforzare le istituzioni sociali. La giustizia sociale e quella *economica* vanno di fatto insieme e ne parlerò di questo. Ci sono tre principi della teoria di Kelso-Adler, che si riferiscono alla giustizia distributiva (profitti e salari), giustizia partecipativa (input di lavoro e capitale) e

giustizia sociale (principio di feedback).

Sappiamo che vi sono delle determinanti sociali relative alla salute, ma quelle geopolitiche e sociali sono le più importanti. Nella presentazione fotografica di Gallone, che mi ha preceduto, è presente tutto ciò. Una grossa tragedia in tutto il mondo è che in genere la salute viene concepita come isolata; invece andrebbe vista come collegata con l'educazione, con il lavoro, con la giustizia, e così via.

Dobbiamo inoltre focalizzarci sulla capacità delle persone di essere sane, che ha a che fare con il comprendere le cause, le costrizioni e i rimedi per la nostra salute. Sappiamo che la biologia è importante, ma lo è anche il comportamento, al pari dell'ambiente esterno e delle condizioni sociali.

Io, come Punjabi, ovvero proveniente da un Paese del sud dell'Asia, sono, ad esempio, predisposto ad avere il diabete, il colesterolo alto e la pressione alta e se non sto attento, se fumo troppo oppure se non mangio bene o non faccio esercizio fisico, questo crea problemi anche a quelli intorno a me.

C'è quindi una responsabilità personale, ma anche una responsabilità sociale e anche una culturale, perché è la cultura che ci dice quello che dobbiamo fare. L'ambiente influenza dove siamo nati, come viviamo, come lavoriamo, come giochiamo e riguarda anche la nostra età. I fattori causali sono biologici e comportamentali e ne parlerò dopo.

La nostra idea di giustizia sociale non è nuova: già nel 1840 Taparelli D'Azeglio ne parlava. La giustizia sociale nella malattia mentale riguarda la parità di opportunità nei risultati, anche sociali, e la possibilità di guarigione per i malati di mente; non da meno riguarda l'abitazione, il lavoro, un buon funzionamento sociale e standard di vita. Sappiamo che i malati di mente muoiono 15 - 20 anni prima di coloro che non sono affetti da malattia mentale. Sappiamo inoltre che l'ingiustizia sociale ha un forte impatto sui pazienti.

Parte del problema è il dualismo cartesiano corpo-mente per cui noi spesso non connettiamo le due cose.

La *World Psychiatric Association* (Associazione Mondiale di Psichiatria) è presente in 138 Paesi in tutto il mondo, promuovendo la psichiatria e la salute mentale.

Abbiamo lanciato questa campagna nel 2016 nella camera dei Lord a Londra. C'è un numero speciale di questa rivista, dello stesso anno: ad agosto abbiamo incaricato una commissione a Pune, in India, per fare una ricerca dove ho voluto valutare la discriminazione nei confronti delle persone affette da disturbo mentale in 4 aree: *sociale, personale, politica ed economica*.

Social Justice for People with Mental Illness

International Review of Psychiatry

August 2016 CONTENTS Volume 28, Number 4

Revisione internazionale della Psichiatria.

C'è una differenza tra *stigma* e *discriminazione*: lo stigma ha un suo ruolo, crea il disturbo, nel senso che tu stai bene nella misura in cui gli altri non stanno bene; la discriminazione è diversa, perché è possibile modificare le cose attraverso delle leggi per evitarla.

Abbiamo guardato la situazione in diverse aree e verificato:
- se questi pazienti avessero il diritto di votare, ovvero discriminazione politica;
- se avessero il diritto di ereditare una proprietà o scrivere testamento;
- se avessero il diritto di essere assunti come lavoratori;
- se avessero il diritto di sposarsi fra di loro.

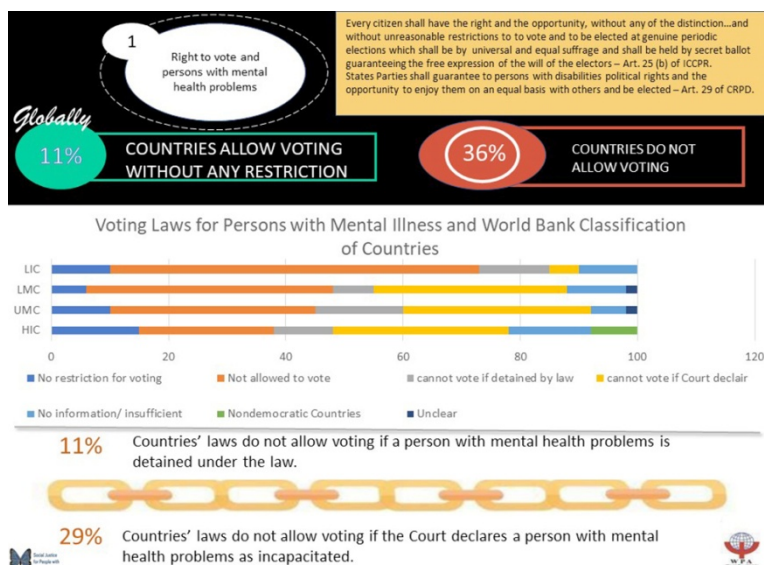



Grafico relativo al diritto al voto dei malati di mente.

Abbiamo guardato alle leggi vigenti, usando una serie di termini e abbiamo riscontrato che solo l'11% dei Paesi non hanno una restrizione di voto per i malati di mente; nel 36% dei Paesi non si può votare se si ha un disturbo mentale; un altro 40% non può votare per legge. Quindi solo l'11% del mondo permette il voto ai malati di mente.

Riguardo al diritto di impiego, vi sono anche qui gli stessi problemi.

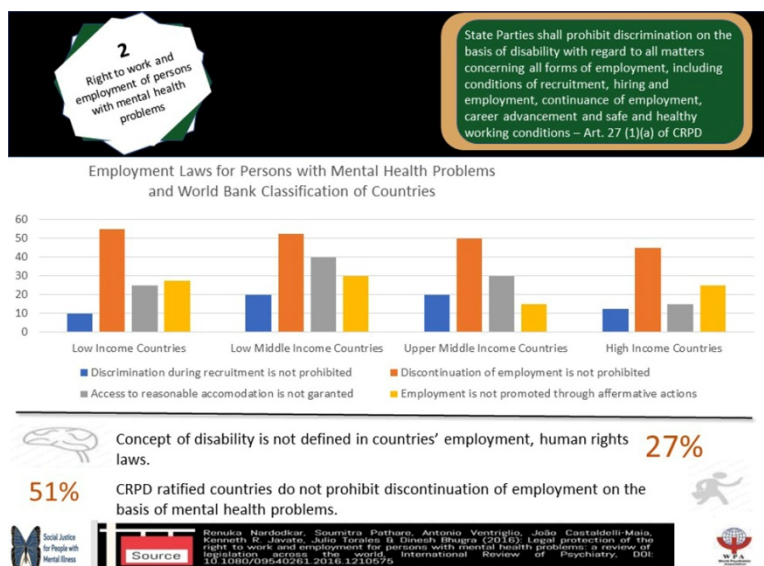



Grafico relativo al diritto di lavorare per i malati di mente.

La definizione di disabilità include il concetto di malattia mentale nel 65% dei Paesi, ma nel 27% non viene definita per legge. Nel 64% dei Paesi la legge proibisce la discriminazione, ma nel 51% dei Paesi uno rischia di perdere il lavoro e può essere licenziato se ha una malattia mentale. La metà dei Paesi non proibisce l'interruzione del lavoro a causa di una sofferenza psichica!

Grafico relativo al diritto di sposarsi per i malati di mente.

Abbiamo esaminato poi il diritto di sposarsi, e abbiamo trovato risultati simili: il 37% dei Paesi non permette ai pazienti psichiatrici di sposarsi; un altro 12% dei Paesi permettono il divorzio sulla base della malattia mentale del coniuge. Ne consegue che un medico o un avvocato poco scrupolosi, possono dichiarare chiunque malato di mente e consentire così di divorziare facilmente.

Per quanto riguarda il diritto alla proprietà, ancora solo il 21% dei Paesi permette ai pazienti di avere un'abitazione in proprietà, mentre questo diritto non viene riconosciuto dal 38% dei Paesi. Solo il 33% dei Paesi consente ai pazienti di scrivere un proprio testamento.

Riassumendo i risultati della ricerca, la maggioranza dei Paesi del mondo discriminano e sussistono delle leggi che ignorano le migliori pratiche. La tragedia è che 138 Paesi hanno firmato la carta delle Nazioni Unite riguardo il diritto delle persone con disabilità, eppure non rispettano la carta.

Il problema, inoltre, è che non riusciamo ad essere d'accordo su che cosa è la malattia mentale.

Come Associazione Mondiale di Psichiatria, abbiamo creato durante il mio mandato una Carta dei Diritti dei pazienti con disturbo mentale. Vi sono 15 diritti, iniziando per il diritto ad avere una accessibilità reale alle cure mentali e fisiche.

Queste immagini riguardano il lancio del documento col ministro della salute mentale inglese, che è il presidente della commissione per la salute mentale. Sessanta organizzazioni hanno dato supporto a questa Carta dei Diritti. In alto, a destra, vedete l'ex ministro dell'Australia.
Questo ha condotto a una mozione del Parlamento di Londra e io sono stato richiesto per presentarlo al Parlamento italiano. C'è anche una Carta dei Diritti per i bambini che hanno disturbi e anche per quelli che hanno problemi intellettuali.

Abbiamo anche guardato ai Paesi del *Commonwealth*: solo il 48% di questi Paesi hanno una politica per la salute mentale e la discriminazione continua.

Carta dei diritti per persone malate di mente.

Quindi vi sono discriminazioni gravi, nelle leggi non vi sono spesso inclusi termini come malattia mentale, instabilità, disturbo psichico, ecc; i termini variano senza alcun criterio: per esempio, abbiamo trovato che “luna” vuol dire lunatici. Non vi sono definizioni chiare e molto c’è ancora da fare.

Vi presento il simbolo della nostra campagna per la giustizia sociale: è una farfalla della Costa Rica, *Morpho Menelaus*. *Morpho* vuol dire cambiamento e la farfalla rappresenta la psiche o l’anima; infine, il colore blu è quello della gioia.

Ho lasciato alcune di queste farfalle sul tavolo all’ingresso, non sono molte purtroppo, ma chi vuole se ne può prendere una.

Grazie!

Farfalla: simbolo campagna per la giustizia sociale.

Bibliografia

Bhugra D. 2016, *Bill of Rights for Persons with Mental Illness*, “International Review of Psychiatry”, 28: 4, 335-335, DOI: 10.1080/09540261.2016.1210580 (dx.doi.org).

Bhugra D. 2016, *Social discrimination and social justice*, "International Review of Psychiatry", 28: 4, 336-341, DOI: 10.1080/09540261.2016.1210359 (dx.doi.org).
Eisenberg L. 1986, *Rudolf Virchow: the physician as politician*, "Medicine and War 2", 4: 243-250. DOI: 10.1080/07488008608408712 (dx.doi.org).
Satyanand A. 2016, *Mental illness and the right to vote,* "International Review of Psychiatry", 28: 4, 400-401, DOI: 10.1080/09540261.2016.1211094 (dx.doi.org).

La riforma psichiatrica in Grecia: una storia incompiuta

Valeria Pomini

vpomini@med.uoa.gr

Psicologa clinica e psicoterapeuta sistemica. Fino al 1987 ha lavorato in Italia nei Servizi di Salute Mentale e per le Tossicodipendenze della Regione Veneto. Membro di Psichiatria Democratica negli anni ’70 e ’80. Dal 1988 lavora come psicologa clinica, didatta e supervisore presso la Clinica Psichiatrica dell’Università di Atene. Responsabile dell’Unità di Terapia Familiare e responsabile della formazione in terapia sistemica presso l’Istituto Universitario di Ricerca sulla Salute Mentale di Atene.

"Diritti... e rovescio" - Dichiarazione universale dei Diritti dell'Uomo, progetto realizzato all'interno del laboratorio "Atelier d'Arte" del Centro Diurno Day Care dell'Ospedale di Bergamo.

Ringrazio caldamente Cecilia Edelstein e i colleghi del CIPRA per avermi dato l’opportunità di partecipare a questo importante evento, che mi ricollega ad un passato di 40 anni fa. La mia storia professionale si intreccia sin dall’inizio con il movimento di Psichiatria Democratica, Franco Basaglia e la legge 180. Nel 1977 ero studentessa di Psicologia a Padova: Franco Basaglia era per noi un mito e un punto di riferimento. La sua idea di società più giusta, che non discriminasse e segregasse i diversi, combaciava con gli ideali dei giovani dei movimenti studenteschi.

Molti fra noi, aspiranti psicologi, trovarono nella lotta al manicomio l’impegno e il senso da dare al proprio ruolo sociale e una via alternativa agli stretti ambienti accademici. Pensavamo al ruolo dello psicologo nella società non come “professione tecnica” ma come impegno sociale nel supportare i più fragili e coloro che soffrono, partecipando e incentivando le reti di aiuto nella comunità. Le visite all’OP di Trieste e ai nuovi servizi nelle zone circostanti erano frequenti, e molti di noi erano in lista di attesa per tirocini di sei mesi o anche più lunghi. Fu proprio la difficoltà di accedere velocemente al tirocinio a Trieste che mi dirottò a Firenze, nel settembre 1977: uno stretto collaboratore e amico di Basaglia, lo psicologo Paolo Tranchina, si era insediato all’OP S. Salvi e con un gruppo di colleghi psichiatri, primo fra tutti l’allora primario, aveva di recente “aperto” uno dei reparti, e stava organizzando il servizio di comunità nella zona di Prato. Mi trasferii a Firenze con un piccolo gruppo di compagni d’università e iniziò un lungo periodo, più di un anno, di lavoro come volontaria all’OP, esperienza che mi ha formato in modo fondamentale.

Il mio mentore, Paolo Tranchina, è uno psicoanalista junghiano, forse unico psicologo nel gruppo iniziale di Psichiatria Democratica a Gorizia, uno dei pochi che a quel tempo, all’interno del movimento, non fosse

contrario all’uso delle “tecniche”. Era l’anno di lunghe e appassionate discussioni sulla legge e poi della sua approvazione, non sempre accolta con entusiasmo da colleghi del movimento che ne criticavano alcuni aspetti di compromesso. Pochi si rendevano conto in quel momento dell’unicità al mondo della legge 180, che in seguito avrebbe ispirato la riforma psichiatrica di altri Paesi e resistito a tanti tentativi restauratori. Un altro evento di quel periodo, 1977 e 1978, che voglio ricordare e a cui partecipai attivamente, fu l’organizzazione di un convegno sulla condizione femminile e il disagio psichico delle donne, da parte di un gruppo di colleghe di Firenze, appartenenti a Psichiatria Democratica e a collettivi femministi della città. Il convegno “Donna e Follia” fu organizzato all’interno dell’OP, e vide la partecipazione di oltre 5.000 donne arrivate da tutta Europa, Stati Uniti e altrove che lavorarono insieme per giorni. Un evento straordinario, al di sopra di ogni nostra aspettativa, che promosse grandemente il dibattito sulle specificità del disagio psichico nella donna e sulla sua doppia discriminazione come paziente psichiatrica.

La mia partecipazione a Psichiatria Democratica continuò in seguito nel gruppo di Venezia. Lavorando nei servizi psichiatrici nel territorio sentivo l’esigenza di apprendere nuovi strumenti per affrontare il disagio psichico a livello individuale e famigliare, e fu così che mi formai in terapia sistemica al Centro Milanese di Terapia della Famiglia, con Luigi Boscolo e Gianfranco Cecchin. Mi rivolsi alla Scuola di Via Leopardi, come altri operatori di Psichiatria Democratica, poiché riconoscevo nel pensiero sistemico fondamentali aspetti comuni con l’approccio di Basaglia, seppur formulati su altre basi epistemologiche. Basaglia punta al recupero della dignità umana della persona che presenta una sofferenza psichica e alla salvaguardia degli elementari diritti umani, ponendosi in una dimensione che definiva politica, ma che è soprattutto etica. Evidenzia la dimensione sociale del disagio psichico e denuncia le pratiche di segregazione e discriminazione, che, definite come “cura”, sono in realtà ingiuste e disumane. Bateson formula la teoria del doppio legame che ridefinisce il sintomo psicotico calandolo in un contesto relazionale, ridando forza alla dimensione interattiva, cioè umana, della sofferenza psichica. Entrambi promuovono la comprensione della follia come espressione di un disagio in un determinato contesto.

Il mio lavoro in ambito psichiatrico continua da 30 anni in Grecia, ad Atene, dove sono responsabile di un servizio di psicoterapia familiare in un contesto psichiatrico universitario e dove coordino una scuola di formazione in terapia sistemica. Il mio lavoro con famiglie che presentano gravi difficoltà psichiche è costantemente ispirato dal pensiero basagliano e batesoniano e dalle “voci” dei grandi maestri che ho avuto la fortuna di incontrare. Una delle aree del nostro impegno è l’intervento con famiglie all’esordio psicotico, volto soprattutto a ridurre la medicalizzazione e prevenire la cronicità.

Le fasi della recente storia della psichiatria in Grecia si possono così riassumere:
- Gli anni ’80, l’influenza di Basaglia, lo scandalo di Leros
- La riforma psichiatrica e il programma *Psichargos*
- La crisi economica e la crisi migratoria

Franco Basaglia e il movimento di Psichiatria Democratica ebbero una chiara influenza sulla mobilitazione per la riforma psichiatrica in Grecia: negli anni ‘70 molti studenti greci, anche per sfuggire al regime dei colonnelli, vennero a studiare in Italia e in altri paesi europei, entrando direttamente in contatto con Psichiatria Democratica e l’antipsichiatria di Inghilterra e Francia. Tornati in patria, iniziarono a reagire e denunciare le terribili condizioni dei manicomi del Paese.

Il caso più famoso e clamoroso fu Leros, l’isola dell’Egeo dove dal 1958 funzionava un’istituzione particolarmente segregante e barbara, la cosiddetta “colonia dei malati mentali”, che allora contava 1.700 ricoverati, anzi segregati. Chi ci entrava difficilmente ne usciva, e perdeva ogni contatto con il mondo esterno o il luogo di provenienza. Persino bambini e adolescenti vi furono rinchiusi e passarono lì il resto della loro vita. I cosiddetti “casi incurabili” di tutti gli altri manicomi venivano convogliati a Leros, spesso senza che le famiglie ne fossero a conoscenza.

Già dal 1981 un gruppo di psichiatri di Salonicco, guidati da Kostas Bairaktaris, si era recato a Leros e ne aveva denunciato le condizioni disumane, ma lo scandalo vero e proprio scoppiò qualche anno più tardi dopo la pubblicazione di foto agghiaccianti su un giornale greco, *Tachidromos* e sulla rivista inglese “The Observer” che intitolò il servizio “il segreto colpevole dell’Europa”.

La mobilitazione delle istituzioni Europee fu immediata, minacciò la Grecia di ricorrere al tribunale per la violazione dei diritti umani e al tribunale europeo, ma mise nello stesso tempo a disposizione dei fondi comunitari per affrontare la situazione.

Nel 1989 un gruppo di operatori dei servizi psichiatrici di Trieste, coordinato dallo psichiatra Franco Rotelli, si trasferì a Leros con la missione di iniziare il processo di chiusura dell'OP ("L'impossibile che divenne possibile": il pensiero di Franco Basaglia si realizzò in Grecia a Leros). Ciò che trovarono furono circa 1.300 persone rinchiuse in condizioni disumane. Fino ad allora la psichiatria ufficiale greca aveva chiuso gli occhi di fronte alle denunce di pochi coraggiosi colleghi. Alla task force europea partecipò anche un gruppo olandese, la cui azione non fu altrettanto efficace, probabilmente anche per motivi di distanza culturale. Nuove forze si affiancarono da Atene, operatori e volontari che si offrirono di partecipare al progetto.

Dal 1990 al 1999 lo psichiatra Theodoros Magalooikonomos coordinò l'ulteriore smantellamento dell'ospedale, come testimonia il suo libro pubblicato recentemente. Fu un processo faticoso e difficile, in molti aspetti controverso poiché l'improvvisa "liberazione" di molti ricoverati significò in alcuni casi anche un abbandono terapeutico, mentre la creazione di strutture protette nelle comunità della terraferma trovò spesso ostacoli enormi da parte della popolazione, influenzata dallo stigma legato alla condizione di paziente psichiatrico. Và riconosciuto che, nel caso di Leros, lo smantellamento fu possibile grazie anche alla partecipazione attiva della popolazione locale, per la quale l'ospedale rappresentava una fonte di lavoro, ma che in larga parte reagì positivamente al cambiamento. Si tratta di una popolazione abituata da secoli all'accoglienza forzata o meno del "diverso".

Leros infatti era stata occupata dagli italiani durante il periodo fascista fino al 1947 e gli edifici dell'OP erano stati costruiti con funzione di caserma per le truppe italiane. Negli anni immediatamente successivi, durante la guerra civile, a Leros furono inviati al confino decine di prigionieri politici o "indesiderati". Infine, come una storia che si ripete, negli ultimi anni Leros è diventata una delle isole di approdo per migliaia di migranti provenienti dalla vicina costa turca. Lo spazio esterno del vecchio OP è ora circondato da containers dove vengono alloggiati individui e famiglie che sperano di lasciare l'isola e approdare in Europa. Una nuova segregazione nei luoghi della vecchia come testimoniano le foto di Antonella Pizzamiglio che ne testimoniano il passato e il presente.

Cosa succedeva nel frattempo negli altri ospedali psichiatrici della Grecia? Nel 1984, subito dopo l'entrata della Grecia nella EU e la creazione del servizio sanitario nazionale (1983) venne inaugurato un programma a lunga scadenza supportato da fondi europei per il cambiamento radicale dei servizi di salute mentale, impostati fino ad allora quasi esclusivamente sul ricovero in grandi OP, a quel tempo nove, con un totale di 7.500 ricoverati, dei quali il 69% aveva un periodo di permanenza di più di tre anni. Il programma prevedeva la graduale deistituzionalizzazione dei ricoverati lungodegenti e la creazione di strutture nel territorio.

Una delle prime strutture di psichiatria di comunità fu istituita a quel tempo dalla Clinica Psichiatrica dell'Università di Atene nel quartiere di *Vironas – Kesariani* comprendente un centro di salute mentale, un *day hospital*, un laboratorio protetto e un centro di psichiatria dell'età evolutiva. Contemporaneamente, reparti di psichiatria furono creati negli ospedali generali come alternativa al ricovero negli OP. Altre strutture iniziarono in quegli anni a svilupparsi quasi esclusivamente nelle due principali città, Atene e Salonicco, come la rete dei Centri di Igiene Mentale, mentre un'importante esperienza di psichiatria di comunità fu avviata dallo psichiatra Panayotis Sachellaropoulos nella Focide.

Si dovrà aspettare il 1995 per la pianificazione più strutturata della riforma psichiatrica, che si poneva come obbiettivo la chiusura degli OP, la creazione di nuovi reparti negli ospedali generali e di strutture intermedie nella comunità, di centri di salute mentale nel territorio e di riabilitazione professionale per gli utenti ed ex-utenti degli OP.

Il programma *Psychargos*

Il programma "Psychargos" (Figura 1.) deve il nome al mito degli argonauti. La fragile nave di Giasone deve

compiere un lungo e travagliato tragitto in mari sconosciuti e passare attraverso le *Symplegades*, le rocce ai lati dello stretto del Bosforo che, secondo il mito, si avvicinavano fra loro stritolando le navi che passavano. Mai come oggi questa immagine simbolica rappresenta lo stato attuale delle cose: le odierne *Symplegades* che minacciano il viaggio della navicella “Psychargos” sono rappresentate dalla crisi economica, dall’emergenza migratoria e dalle rigidità del sistema amministrativo verso il cambiamento.

Sviluppato alla fine degli anni 90 (1999) con un primo piano di azione per il decennio 2000-2009, il programma di riforma aveva lo scopo di trasformare la psichiatria in Grecia da un modello di asilo ad un modello di servizi inseriti nella comunità, nonché di avviare la deistituzionalizzazione dei 3.500 ricoverati, a quel tempo, nei nove ospedali psichiatrici del Paese. Il programma prevedeva la chiusura degli OP entro il 2015 e la diminuzione del 40% della durata media dei ricoveri, l’ampliamento della rete dei servizi territoriali e la creazione di strutture intermedie in tutto il Paese. Un significativo passo fu la chiusura definitiva dell’ospedale pedopsichiatrico dell’Attica, un'istituzione di internamento per minori, grazie a neuropsichiatri dell’Infanzia e Adolescenza come Dimitris Georgiadis e altri, che portò alla creazione di quattro reparti per minori in altrettanti ospedali generali e di numerosi centri per l’età evolutiva nel territorio.

Attualmente ci troviamo nella terza fase del programma (2011-2020), la cui realizzazione è stata rallentata dalla crisi economica e i cui obiettivi sono stati in parte disattesi. Infatti, dei nove OP, tre sono ancora in funzione ed hanno al contrario registrato un aumento dei ricoveri, in particolare dei ricoveri coatti. I tre assi principali del programma sono: la territorializzazione dei servizi, con la creazione di strutture nelle zone periferiche, la promozione di attività preventive e di educazione alla salute, la modernizzazione del sistema amministrativo e la formazione del personale.

La situazione dei servizi nel 2014, registrata dall’ultimo rapporto disponibile di valutazione del programma *Psichargos* da parte di una commissione internazionale, appare nelle allegate Figura 2 e Tabella 1.

Non ci sono dati più recenti disponibili a livello globale nazionale, ma è noto che parecchi dei servizi inaugurati da *Psichargos* sono stati smantellati per via dei tagli alla sanità effettuati dal 2012 e in particolare alla spesa relativa alla salute mentale. Molte strutture hanno dovuto chiudere dopo il licenziamento degli operatori e in molti casi gli ospiti sono rientrati negli OP, anche se è evidente che il manicomio non risulta meno costoso delle strutture comunitarie.

Gli effetti della crisi economica sulla salute mentale della popolazione greca sono stati analizzati da molti. Un mese fa in occasione del forum internazionale sulla salute mentale che si tenne a Londra, il ministro della salute e della solidarietà sociale A. Xanthos dichiarò che “è stato dimostrato che la disoccupazione e il default economico del Paese hanno influenzato grandemente gli indici di salute mentale della popolazione e il funzionamento dei servizi per la salute mentale. L’aumento delle patologie durante la crisi economica è stato dimostrato e in particolare la prevalenza della depressione nella popolazione generale è aumentata dal 3.3% del 2008 al 12.3% nel 2013”. Và detto che lo stesso indice è ritornato negli anni successivi a valori minori, come se la società dopo il primo impatto avesse in qualche modo metabolizzato gli effetti della crisi e sviluppato meccanismi resilienti.

La mancata realizzazione di ulteriori servizi territoriali e la chiusura di molti hanno non solo ritardato lo smantellamento dei tre OP ancora funzionanti, ma al contrario aumentato la loro attività, seppur in regime di tagli economici e del personale. Per dare un’idea del funzionamento dell’Ospedale Psichiatrico Statale dell’Attica, nell’anno in corso nel reparto urgenze a settembre 2018 sono state effettuate 357 visite, 192 ricoveri, di cui 97 obbligatori e questo dato è in accordo con i dati relativi al periodo 2012-2017: da 4.400 a 4.650 visite all’anno, 2.200-2.400 ricoveri, di cui 57% ricoveri coatti, 56% rappresenta il primo ricovero, quindi la metà dei ricoverati non rappresenta pazienti cronici. Nel 60% si tratta di persone di sesso maschile e, dato relativo al 2018, nel 81.4% sono di nazionalità greca, 4.4% Albanese e 14.2% di altre nazionalità (extra EU) (www.psychat.com).

“Dafni”, questo il nome usuale del più grande OP del Paese, situato nell’omonimo Comune alle porte di Atene, ospita circa 600 ricoverati in totale e comprende anche tre centri di salute mentale distribuiti nella regione dell’Attica, un’Unità di Terapia Famigliare, 15 strutture intermedie fino a 15 ospiti, e 51

appartamenti protetti da uno a quattro ospiti (www.psychat.com).

L’altro OP, “Dromokaiteio”, nella zona di Atene rappresenta anche l’istituzione psichiatrica più antica (edificato dal 1887) e comprende 500 posti letto in totale in cinque reparti, sei strutture intermedie esterne più due interne, nove appartamenti protetti (4-6 ospiti), due centri di salute mentale (www.dromokaiteio.gr).

La chiusura di queste due istituzioni e dell’OP funzionante a Salonicco sembra essere ancora molto lontana.

Negli ultimi anni e in base alla riforma, furono create due istituzioni rispondenti al Ministero della Salute: l’Osservatorio sulla Salute Mentale e la Commissione Salvaguardia dei Diritti degli Utenti dei Servizi Psichiatrici. Quest’ultima fu istituita nel 2000, ma divenne particolarmente attiva negli anni fra il 2009 e il 2015, con coordinatore Vlassis Tomaras (professore di Psichiatria all’ Università di Atene) che si impegnò in un’ opera sistematica di verifica e spesso denuncia delle condizioni di ricovero negli OP e nei reparti di psichiatria degli ospedali generali, nella difesa di molte istanze da parte di pazienti e famigliari, e nell’aprire al dibattito pubblico i temi legati alla salute mentale, allo stigma e alla necessità di un maggior sviluppo delle strutture comunitarie e alternative al ricovero (ad esempio, l’esperienza con le famiglie affidatarie).

Bisogna aggiungere a questo quadro complesso lo sviluppo negli ultimi due decenni di NGOs e organizzazioni no profit impegnate nel campo della salute mentale e supportate da fondi sia governativi sia Europei, che, come succede in Italia, ma ancora non in modo altrettanto capillare, affiancano i servizi pubblici nell’affrontare i problemi di salute mentale della popolazione sia adulta che minore. Le unità mobili di salute mentale attive nelle Cicladi (EPAPSY) e in zone periferiche del continente offrono un fondamentale supporto a popolazioni isolate e prive di accesso alla rete dei servizi di salute mentale. La presenza di questi operatori nelle isole ha introdotto grandi cambiamenti nella mentalità della popolazione riguardo al modo di affrontare i problemi psichici.

Inoltre, molte ONGs si sono attivate nel supporto ai migranti e ai rifugiati, soprattutto ai minori non accompagnati, ma ciò nonostante la rete dell’accoglienza non è ancora sufficiente ne abbastanza organizzata per affrontare le necessità di questi gruppi di popolazione.

La crisi economica che ha attanagliato la Grecia negli ultimi dieci anni ha avuto conseguenze enormi sulla salute psichica dei suoi cittadini, e nello stesso tempo ha rallentato in modo significativo la realizzazione di servizi di salute mentale nella comunità, se non in molti casi smantellato quelli che già esistevano. È più che mai necessario il rilancio della riforma psichiatrica e delle strutture previste dal Programma *Psychargos*, in modo ancora più urgente nel campo dei servizi per la salute mentale di bambini e adolescenti, l’ottimizzazione delle risorse e il contenimento degli sprechi, la formazione del personale e la de-burocratizzazione del sistema amministrativo, tenendo conto dei veloci cambiamenti in atto in una società che, nonostante le difficoltà, ha dato prova di grande resistenza e resilienza.

Figura 1. "Psychargos" Fonte: D. Georgiades (2017).

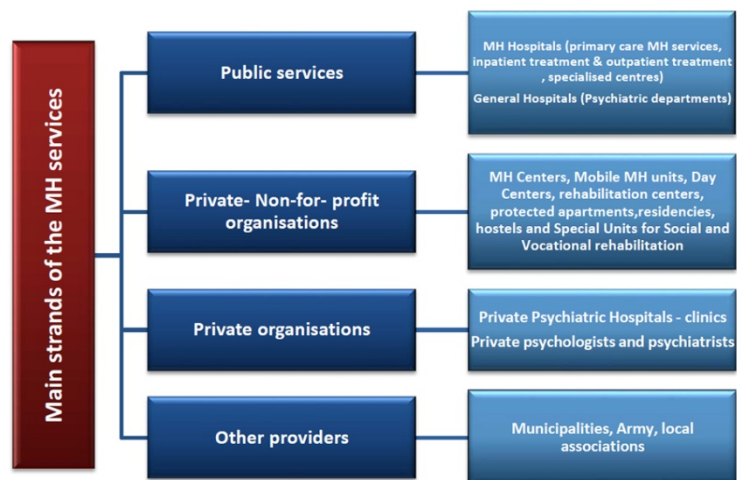



Figura 2. Strutture del sistema dei servizi di salute mentale.
Fonte: Ministero della Salute e Solidarieta' Sociale, 2015, www.psychargos.gr.

MENTAL HEALTH UNITS	ATTICA	EAST MACEDONIA-THRACE	CENTRAL MACEDONIA	WEST MACEDONIA	EPIRUS	THESSALY	IONIAN ISLANDS	WEST GREECE	CENTRAL GREECE	PELOPONNESUS	NORTHERN AEGEAN	SOUTH AEGEAN	CRETE	TOTAL
Mental Health Hospitals	2		1											3
General Hospitals (Psychiatric Departments)	9	4	7	1	2	2	1	2	-	3	1	3	4	39
General Hospitals (Psychiatric Departments for children and Adolescents)	4		2											6
Mental Health Centers	9	6	5	-	3	2	3	2	2	3	1	-	4	40
Child Guidance Centers	7	1	3	-	1	1	1	1	-	-	1	-	2	18
Mobile Mental Health Units	-	2	2	1	2	3	2	2	2	4	2	4	3	29
Day Centers and Day Hospitals[3]	30	2	8	-	1	3	2	3	2	2	1	1	3	58
Psychosocial Rehabilitation Units and Programs	197	18	92	3	22	31	12	21	27	29	1	15	23	491
Centers for the response on Alzheimer disease	6		4			1						1	1	13
Social Cooperative (KoiSPE)	7	1	3	-	1	-	2	1	1	1	1	1	3	22
Autism Day Centers	9	1		1		1				1			1	14
Rehabilitation and Vocational Reintegration Units	5	1	2		1								1	10
Private psychiatric clinics	11	3	10	1		10							1	36

Tabella 1. Mental Health Units.

Bibliografia

AA.VV (1979). *Donna e follia. Numero monografico,* “Fogli di informazione”, *54-55*.

Anagnostopoulos, D.C. & Soumaki, E. (2012), *The impact of socio-economic crisis on mental health of children and adolescents*. “Psychiatriki”, *23*: 15 – 16.

Basaglia, F. (a cura di) 1968, *L’Istituzione negata*. Torino, Einaudi.

Basaglia F., & Ongaro Basaglia F. 1971, *La maggioranza deviante*. Torino, Einaudi.

Basaglia, F. 1999, *Conferenze brasiliane*. Milano, Cortina.

Bateson, G. 1972, *Verso un’Ecologia della Mente*. Milano, Adelphi.

Christodoulou, G.N., Ploumpidis,D.N., Christodoulou, N.G., & Anagnostopoulos, D.C. 2012, *The state of*

psychiatry in Greece. “International Review of Psychiatry”, *24*(4): 301–306.
Georgiades D. 2017, *Child and Adolescent Mental Health Services in Greece. Presented at the 10th Conference of Child Psychiatry*, Athens, Sept. 2017.
Giotakos, O., Karabelas, D. & Kafkas, A. 2011, *Financial crisis and mental health in Greece*, “Psychiatriki”, *22*: 109 – 119.
Karavatos, A., Ploumpidis, D.N. & Christodoulou, G.N. 2006, *Anthology of Greek Psychiatric Texts*, Athens, Beta Editions. [in Greek].
Megaloikonomos, T. 2016, *Leros: Una reale messa in dubbio della psichiatria classica*, Atene, Agra [in Greek].
Ministry of Mental Health & Social Solidarity. 2011, *Psychargos 3rd. Revision study of the Program Psychargos.* http://www.psychargos.gov.gr [in Greek].
Ministry of Mental Health & Social Solidarity. 2015, *Evaluation of the application – implementation of the Psychiatric Reform.* http://www.psychargos.gov.gr.
Parrini A. 1978, *La norma infranta, pratica e teoria di una équipe psichiatrica tra ospedale e territorio,* Firenze, Guaraldi.
Ploumpidis, N.D., Varouhakis, H., Theodoropoulou, St., Karavatos, A., Tomaras, V. & Tsipas, V. 2009, *Report of the Committee of Psychiatric Reform (2006 – 2008)*, Athens, Hellenic Psychiatric Association. http://www.psych.gr [in Greek].
Pomini, V., Legaki, E.M., Mellos, L., Pantazi, Z., Pappa, X., Soldatou. M., & Tomaras, V. 2017, *Families and therapists in the face of the socio-economic crisis in Greece: Challenges and opportunities*, “Systemic Thinking & Psychotherapy”, 10: 3-24.
Pomini V., Akalestou M.I., Tomaras V., & Charalabaki K. 2016, *Systemic training for ‘frontier’ mental health professionals: An experience from Greece, in the face of the financial crisis*, “Human Systems”, *27* (1): 21-37.
Stylianidis, S., Chondros, P. 2012, *La réforme psychiatrique en Grèce: Quelques remarques à propos de la précarité actuelle causée par la crise*, “VST - Vie Sociale et Traitements”, *113*: 128-134. DOI 10.3917/vst.113.0128.
Tomaras, B. 2012, *The committee for the rights of individuals presenting mental health problems*, “Synapsis”, 27,8: 19-22. [in Greek].
Tranchina P. 1979, *Norma e antinorma*, Milano, Feltrinelli.

Websites

www.efsyn.gr

www.psychargos.gov.gr

Alex Majoli: pro.magnumphotos.com

Yiorgos Depollas *“The Unseen”*: www.yiorgosdepollas.com

Antonella Pizzamiglio, *Leros. Il mio viaggio :* www.youtube.com

www.psyhat.gr

www.dromokaiteio.gr

La fotografia della psichiatria in Francia, segnali di allarme: processi di istituzionalizzazione e deistituzionalizzazione

---

Jacques Miermont

jacquesmiermont@gmail.com

Psichiatra ospedaliero, dirigente del Polo di Terapia Familiare del Gruppo Ospedaliero Paul Guiraud, Villejuif, Presidente della Società Francese di Terapia Familiare, ha curato il Dictionnaire des thérapies familiales (Payot, Paris), tradotto anche in italiano e ha pubblicato diversi libri tra cui Psychose et thérapie familiale (ESF) e Thérapies familiales et psychiatrie (Doin, Paris).

"Diritti... e rovescio" - Dichiarazione universale dei Diritti dell'Uomo, progetto realizzato all'interno del laboratorio "Atelier d'Arte" del Centro Diurno Day Care dell'Ospedale di Bergamo.

Marion Leboyer e Pierre-Michel Llorca, due eminenti accademici francesi, scrivono una dichiarazione allarmante circa lo stato della psichiatria francese nel loro libro *Psichiatria, stato di emergenza*. Gli autori elencano il ritardo diagnostico, correlato alla stigmatizzazione delle “persone mentalmente disturbate”, la complessità dell’erogazione della cura e i tempi di attesa; le barriere fra medicina generale e psichiatria, che impediscono ai medici di cure primarie di inviare i pazienti a servizi che potrebbero fornire trattamenti tempestivi; la complessità dei sintomi, nonché l’assenza di indicatori biologici che potrebbero permettere diagnosi affidabili. Inoltre, si parla di consumo eccessivo di ansiolitici e antidepressivi, legato a inappropriate prescrizioni da parte dei medici di medicina generale.

Così, come fra gli psichiatri, il 60% dei medici di famiglia considera inapplicabili alla realtà francese le raccomandazioni delle linee guida sulla miglior pratica clinica. Secondo questi autori, le raccomandazioni per gravi disordini mentali sono basate su un triplice schema terapeutico: farmaci, stile di vita, terapie. Queste ultime sono essenzialmente terapie cognitivo-comportamentali (TCC): bonifica cognitiva, recupero di abilità sociali. E ancora: il suicidio uccide più di 10.000 persone all’anno, con 100.000 tentativi di suicidio annui; è noto che il 90% dei soggetti che tentano di metter fine alla propria vita soffrono di disturbi psichiatrici. Inoltre, un terzo dei senzatetto soffre di gravi malattie mentali, così come un quarto della popolazione carceraria.

Di nuovo, in questo libro, incappo in questo riscontro: “secondo gli studi dell’A*ssociazione Francese Specializzandi in Psichiatria*, la formazione in psicoterapia è giudicata insoddisfacente, oppure molto

insoddisfacente, da più del 75% degli specializzandi. Riguardo la formazione in approcci sistemici, l'insoddisfazione raggiunge l'81%." (van Effenterre et al. 2013, pag. 180).

Questo testo, sebbene di grande interesse, non fornisce soluzioni per questa enorme insoddisfazione, specie per le terapie sistemiche e familiari assimilate al movimento antipsichiatrico, che è come dire senza formazione in questo dominio della salute psichica e delle malattie mentali.

La trasformazione ideologica degli ospedali psichiatrici: da rifugio a sistemi manageriali

Nel 1960, la psichiatria venne strutturata in distretti: territori di circa 70.000 abitanti, in cui persone con malattie mentali potessero essere trattate il più vicino possibile alle loro case. Questo sfociò in un conflitto fra i distretti, riguardo alla presa in carico dei senzatetto.

Fra il 1990 e il 2011, la Francia ridusse i posti letto in psichiatria di più della metà, senza chiudere alcun ospedale. Il numero di posti letto era 90 su 100.000 abitanti nel 2007. Da allora si è lievemente ridotto. Fra il 2000 e il 2015, il numero di posti letto in psichiatria è diminuito dell'8%, a fronte di una popolazione che è cresciuta del 10%.

Gli ospedali sono, malgrado tutto, il centro dell'erogazione delle cure. Possiamo parlare di un sistema ospedale-centrico: il direttore generale è responsabile non soltanto per l'ospedale, ma anche per le strutture extra-moenia. Questo si concretizza in un linguaggio specifico per lo staff amministrativo, per psichiatri, infermieri, educatori, assistenti sociali, etc., che parlano solo della distinzione fra cure erogate dentro o fuori dall'ospedale.

Improvvisamente, nel 2003, i senzatetto comparvero per le strade rifiutando il *Servizio di Assistenza Medica di Emergenza* (SAMU), morendo così assiderati in inverno; per non menzionare i suicidi che non furono dichiarati, o i pazienti che si ritrovarono spediti direttamente in carcere.

Tutto ciò coincise con la legge del 19 Gennaio 1983 e con il decreto di rafforzamento dell'11 Agosto dello stesso anno, che definirono le risorse economiche stanziabili e resero il soggetto con assicurazione medica debitore del costo giornaliero delle cure. In altre parole, il legislatore giudicò le persone che soffrivano di severi disordini psichiatrici e che potevano guadagnarsi da vivere, come solventi, anche quando ricevevano sussidi.

Pericolosità per sé o per gli altri e cure senza consenso del paziente

Dal 1838 ad oggi, sono state promulgate quindici leggi; non contando i decreti e le ordinanze, che si sono succeduti nel definire legalmente la trasformazione da ricovero - nel senso di rifugio e alloggio - ad ospedalizzazione per le persone che hanno perso la capacità di intendere e volere, o che rappresentano un rischio per la vita propria o di coloro che li circondano. I primi rifugi che ospitavano persone sono diventati oggi aziende ospedaliere (Marie-Odile Safon, 2017).

La legge del 30 Giugno 1838 richiede l'apertura di un rifugio per i malati di ciascun genere, in tutti i distretti (suddivisioni territoriali francesi), che necessitano di "collocamento forzato", o mandati per iniziativa dell'autorità pubblica rappresentata dal Prefetto ("internalizzazione ufficiale") o da parte della cerchia del paziente ("internalizzazione volontaria") quando il malato rappresenta un pericolo per sé o per gli altri.

Dal 1970 al 1991, la procedura legislativa ha rispecchiato la volontà delle autorità pubbliche di relegare gli ospedali su un piano tecnico, a nocumento di una tradizione di accoglimento e rifugio quasi bi-millenaria.

La legge del 27 Giugno 1990 cerca di modernizzare quella del 1838, e perciò toglie il termine "collocamento" in favore del termine "ospedalizzazione". Oggi si discute di *ricovero ospedaliero liberamente scelto, ospedalizzazione su richiesta di parte terza*, e di *ricovero per ordinanza*.

Con la legge del 5 Luglio 2011, il legislatore ha sostituito il termine di "ospedalizzazione" con quella di

"cura". Tre categorie di ricezione di "cure" non consensuali sono così definite:

1 C*ura psichiatrica su richiesta di parte terza* (SDT): la parte terza deve essere una persona nota al paziente e a egli vicina quale un familiare, un amico, un vicino di casa. Questa richiesta scritta deve essere presentata con due certificati medici di conferma. Un solo certificato medico è sufficiente se vi è un serio rischio per la persona del paziente. Questo caso è denominato "ospedalizzazione urgente richiesta da parte terza" (*HDT*).

2 *Cura psichiatrica nel caso di un pericolo imminente* (*SPI*): questa tipologia è diretta a individui senza persone vicine o che sono de-socializzati. Il ricovero è basato sulla decisione del direttore della struttura, sollecitato da un singolo certificato medico, non più datato di 15 giorni, scritto da un medico esterno all'istituto designato.

3 *Cura psichiatrica erogata su giudizio di un rappresentante dello Stato* (*SDRE*): formalmente chiamata "ospedalizzazione su ordinanza", questa procedura si applica a persone con disordini mentali che compromettono la sicurezza o danneggiano seriamente l'ordine sociale.

Nel 2015, 92.000 persone sono state interessate dalla cura non consensuale (di fatto ricovero coatto), un numero che rende conto del 5% dell'attività psichiatrica totale, ma che corrisponde a un quarto dei pazienti permanentemente ospedalizzati. Dal 2012, l'uso di cura senza consenso è aumentato del 15%, con un incremento tre volte maggiore rispetto a quello dell'attività psichiatrica in toto nello stesso periodo (+5%). Questo incremento è in parte secondario alla semplificazione della procedura di ricovero per pericolo imminente (*IPS*), in parte all'uso dei servizi di emergenza e anche in parte dovuto al programma di cure ambulatoriali dei pazienti esterni, che ha l'effetto di aumentare il tasso di recidiva.

La legge del 2011 ha cercato di tutelare ulteriormente il diritto dei pazienti che ricevono non consensualmente le cure: l'introduzione del "Giudice delle libertà e della carcerazione" (JDL) controlla automaticamente, entro il ventesimo giorno di degenza, la validità della procedura di ricovero e l'opportunità di mantenere un'ospedalizzazione completa per persone ricoverate in maniera non consensuale.

È questo un paradosso francese? Il numero di persone ricoverate non consensualmente continua a crescere: oggi ammonta a 100.000 pazienti all'anno. È possibile che l'eccesso di regolamentazione abbia peggiorato il problema per il quale la legge è stata disegnata?

Spalmate su quasi due centinaia d'anni, dal 1838 al 2011, tutte e tre le leggi sono state approvate nello stesso arco di tempo, praticamente in 8 giorni (fra il 27 giugno e il 5 luglio). È una semplice coincidenza o centra il bisogno dei parlamentari di concludere il tutto in tempo per le vacanze estive? Oppure si tratta di un effetto delle lente dinamiche correlate alla natura dei processi psicotici, che sono i più gravidi di preoccupazione per l'intera società francese? Forse tutte e tre, e forse nessuna di esse!

Una testimonianza personale

Nel 1980, ero in un'area psichiatrica il cui capo del dipartimento, Dr Jean-Pierre Balnadet, aveva buoni contatti con il Ministero della Salute nel governo fresco di elezioni. La sua ambizione era creare strutture "esterne all'ospedale": centri di crisi, centri di trattamento attivo (*day-hospital*), centri ad attività part-time, appartamenti sociali (gioco di carte, giochi di società), appartamenti terapeutici, etc, e ultimo ma non meno importante un centro medico-psicologico per il trattamento ambulatoriale (terapia farmacologica e psicoterapia individuale). Il suo scopo era spostare il lavoro di cura fuori dall'ospedale.

Questa meta non fu raggiunta. Prima che egli divenisse capo del settore, avevo sviluppato, come interno part-time in ospedale, consulti familiari regolari per pazienti con disordini psichiatrici acuti e/o cronici.

Questi colloqui mi aiutarono ad affrontare situazioni di violenza, sia durante l'ospedalizzazione che fuori dalle strutture ospedaliere. Quando il Dr. Blanadet ricoprì il suo ruolo, mentre sviluppava i propri progetti, fece creare una posizione di praticantato interno part-time perché potessi continuare la mia attività come consulente e terapeuta familiare sia nel dipartimento ospedaliero che nel centro medico-psicologico.

In circa 35 anni, ho cercato di sviluppare il sistema di consultazione familiare per diversi ospedali e servizi ambulatoriali, creando ogni volta connessioni interpersonali, con pazienti in grado di essere potenzialmente trasferiti in diversi servizi ospedalieri e strutture ambulatoriali, le loro famiglie e il team di cura. Considero queste connessioni come strutturanti multiple gerarchie internodali di sicurezza terapeutica. Molti furono gli ospedali coinvolti: due servizi universitari psichiatrici per adulti e un ospedale psichiatrico pediatrico universitario che gestivano molti settori nel sud suburbano di Parigi. Per circa 10 anni venne costruita una collaborazione con i giudici minorili nello stesso territorio (benché i confini giudiziari fossero diversi da quelli dei servizi psichiatrici) e il Servizio di protezione giudiziaria dei giovani.

Nel mio ultimo impiego, in qualità di responsabile del Servizio di Terapia familiare nel gruppo ospedaliero *Paul Guiraud* di Villejuif, gli obiettivi del mio lavoro con i pazienti, le loro famiglie e come professionista sono stati: il supporto nella fase decisionale, il sollievo della sofferenza e dell’ansia, la riduzione dei livelli di violenza e del rischio associato alla pericolosità, l’attenuazione delle tensioni relazionali, il rinforzo delle conversazioni per persone con reti sociali povere o inesistenti, il mantenimento o la ricostituzione dell’autonomia personale e familiare.

Ho imparato così come raggiungere una cooperazione terapeutica con i pazienti, le loro famiglie e i professionisti in modi che differiscono dalla terapia familiare classica, dalla psico-educazione familiare e dalla terapia familiare cognitivo-comportamentale. Questo cambiamento è stato guidato dalle sollecitazioni operate dai professionisti affinché le famiglie entrassero nel processo di cura, date le difficoltà incontrate nel lavoro. Così, i terapeuti adottano diverse posizioni a seconda della particolarità di ciascun caso: questo può essere considerato come una psico-educazione del terapeuta da parte della famiglia stessa; non più quindi l’analisi del funzionamento dei suoi membri, delle loro interazioni e delle loro storie personali.

Diventa il contesto di un viaggio terapeutico dove ciascuno può sentirsi apprezzato per le sue competenze e *performance*, liberato dalla sofferenza, rassicurato nell’incertezza, co-attore di una storia che si sviluppa attraverso gli eventi che si verificano durante le sedute familiari. Questo viaggio non può essere fatto senza il riconoscimento di un paesaggio ove circolano altrettanto ulteriori attori con convinzioni diverse, in un processo di co-terapia allargata.

Conclusioni

Ho osservato differenze significative fra psichiatria accademica, psichiatria distrettuale territoriale e psichiatria nella pratica privata, per quanto riguarda il pregiudizio positivo o negativo del clinico, fra ciò che è considerato efficace o non efficace, e la valutazione del successo e del fallimento nell’esercizio degli interventi terapeutici. Credo che il pensiero di Michel Foucault sia presente in molti professionisti dei distretti psichiatrici territoriali (contrariamente ai colleghi accademici), ma anche nella terapia istituzionale, influenzata dalle varie correnti di psicoanalisi. Oggigiorno, invece, l’uso del modello cognitivo comportamentale è particolarmente presente nei servizi universitari.

In questa mia presentazione ho provato a mostrare come prendere in considerazione un approccio eco-sistemico rinnovato che potrebbe contribuire al miglioramento delle condizioni di esercizio della psichiatria e della psicoterapia in Francia, in una prospettiva complementare alla proposta di Marion Leboyer e Pierre-Michel Llorca, esposta nel testo e citata all’inizio.

Bibliografia

Van Effenterre A., Hannon C., Llorca P.M. (2013), *Survey of PU-PH on training in psychiatry in France*, L'Encéphale.
Safon Marie-Odile (2017), *Hospital Reforms in France, Historical and Regulatory Aspects*. IRDES.

M@GM@ Rivista internazionale di Scienze Umane e Sociali vol.17, n.2, 2019, ISSN 1721-9809

Sguardi reciproci sulla Legge 180: istituzionalizzazione / deistituzionalizzazione in Europa e nel mondo, la realtà tedesca

---

Thomas Becker

t.becker@uni-ulm.de

Direttore Medico della Clinica Universitaria di Psichiatria e Psicoterapia II dell'Università di Ulm a Günzburg, specializzato in Neurologia, Psichiatria e Psicoterapia. Principali ambiti di ricerca: Servizi di Salute Mentale, psichiatria sociale, scienze sociali nella salute mentale e storia della riforma psichiatrica in Germania e si occupa inoltre di ricerca intervento. È membro del gruppo di lavoro per le linee guida nazionali degli interventi psicosociali nei Servizi di Salute Mentale.

"Diritti... e rovescio" - Dichiarazione universale dei Diritti dell'Uomo, progetto realizzato all'interno del laboratorio "Atelier d'Arte" del Centro Diurno Day Care dell'Ospedale di Bergamo.

Cara Cecilia, caro Paolo[1], cari tutti, grazie per avermi invitato. Sono contento di condividere con voi il lavoro svolto in questi anni. Permettetemi di precisare che parte del materiale che presenterò non è scritto solo da me, ma con la collaborazione di altri colleghi dell'*Università di Storia, Filosofia ed Etica della Medicina* "Heinriche Heine di Dusseldorf": Chantal Marazia, Felicitas Söhner, Heiner Fangerau.

La settimana scorsa sono andato a vedere una mostra fotografica a Monaco di Baviera; questo era il manifesto dell'agenzia *Magnum photos*, del 1947.

Qui vedete un manifesto di Depardon, di cui avete già sentito parlare nella scorsa giornata congressuale. Ciò che mi ha fatto riflettere è come sia sorprendente che voi abbiate parlato di ciò e che in Germania, all'interno di una mostra fotografica, si trovi contemporaneamente proprio questo lavoro. I fotografi di tutto il mondo ci

---

[1] Paolo Migone, membro del Comitato scientifico del CIPRA, condirettore della rivista *Psicoterapia e Scienze Umane*, ha organizzato e moderato la sessione di apertura del presente convegno, sessione interamente pubblicata nel numero 1 del 2019 della medesima rivista, comprensiva di una relazione magistrale dell'On.le Bruno Orsini, relatore della Legge 180, e di una tavola rotonda con alcuni dei principali testimoni degli anni Settanta che lavorarono a stretto contatto con Franco Basaglia.

hanno mostrato la realtà degli ospedali psichiatrici.

La riforma italiana ha avuto ripercussioni non solo in Europa, ci sono quindi buone ragioni per osservare la storia delle riforme sociali e psichiatriche nei vari Paesi del mondo. Questo per aiutarci a capire come si sia evoluta l'assistenza e la cura. C'è molto in questa storia circa il ruolo degli intellettuali e dei professionisti nell'evoluzione delle riforme e vedremo il loro ruolo.

Manifesto dell'agenzia Magnum photos, del 1947.

Per quanto riguarda il rapporto tra la riforma italiana e quella tedesca, nel 2000, la Ministra della Salute mentale, Andrea Fischer, ha dato particolare rilievo a questa riforma e alla Legge Basaglia (vedi convegno a Bonn del 21.11.2000: www.bpe-nline.de).

I libri di Basaglia, importanti per la diffusione delle sue ideologie, così come quelli di Goffman (*Asylums - Essays on the Social Situation of Mental Patients and Other Inmates*) e Foucault (*Storia della follia nell'età classica*), sono stati tradotti e resi disponibili velocemente in Germania, nei primissimi anni Sessanta e Settanta. Ciò nonostante, non ci furono riferimenti alla riforma italiana nella Germania dell'Ovest per molti anni, fino appunto al 2000.

Ci sono molte ambivalenze nella storia della diffusione del pensiero di Basaglia. Ad esempio, nella Germania dell'Ovest, non abbiamo alcun riferimento, all'interno della legislazione, alle sue ideologie, se non per qualche piccola eccezione. Il modo in cui è stato ricevuto l'operato di Basaglia, la sua cultura, era ambivalente all'interno della realtà psichiatrica della Germania dell'Ovest, poiché non era ancora diffuso in maniera omogenea, nonostante la pubblicazione del suo libro. C'era però un'accettazione dell'approccio fenomenologico di Basaglia, ciò è stato utile ed importante nella comprensione reciproca.

In seguito, vi fu una nuova versione di questa ambivalenza e incomprensione da entrambe le parti: così come la connessione tra il processo di riforma in Italia e in Germania è stata difficile, far nascere una relazione omogenea, senza ambiguità, all'interno della società tedesca di psichiatria sociale e dell'italiana di psichiatria democratica, in riferimento alla riforma, non è stato facile. La situazione è migliorata con lo sviluppo della legge 180, verso la fine degli anni Settanta, quando tutte queste ambivalenze si affievolirono.

Il problema in Germania nacque perché c'era la questione delle RAF (*Rote Armee Fraktion*); vi era inoltre il famoso collettivo dei pazienti di Heidelberg, che era vicino al terrorismo che era presente in Italia con le Brigate Rosse, gruppo molto noto e apprezzato, che risultava essere in contatto anche con il gruppo del movimento antipsichiatrico italiano, per cui vi erano aspetti che creavano maggior ambivalenza sul territorio italiano e, di conseguenza, anche difficoltà all'interno della Germania rispetto a come affrontare la questione, poiché vi erano ideologie differenti.

A seguito di ciò che ho appena detto, in territorio tedesco si sviluppò la conflittualità sull’accettazione dell’idea della riforma italiana perché queste questioni si intrecciavano con il problema politico e il fenomeno del terrorismo, in Germania come anche il Italia, e il pensiero di Basaglia non era chiarissimo a riguardo. Per lo meno, così era vissuto in Germania.

Famosissima foto dello Spiegel dell’estate del 1977.

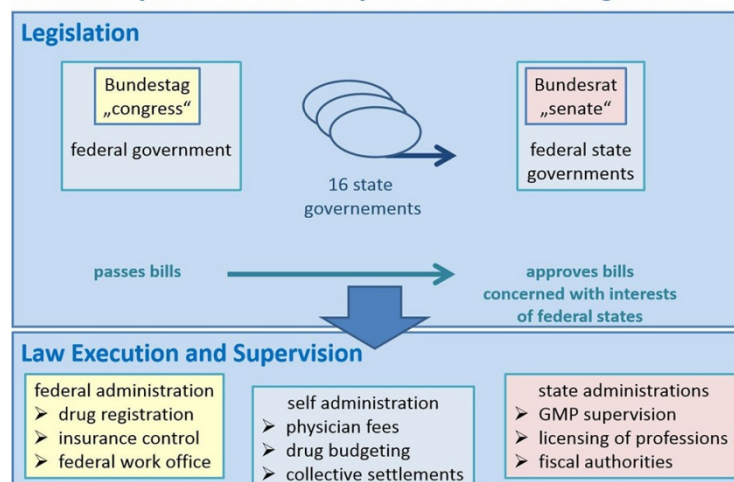
Questa è la famosissima foto dello *Spiegel* dell’estate del 1977, di cui tutti parlavano al tempo.
In particolare, c’erano le due famose copertine di cui allora si parlò tanto e sono queste sopra esposte. Si può notare come in entrambi i Paesi vi era lo stesso pensiero nei confronti dell’altro, a rimarcare il clima politico che si era creato e che era simile sia in Germania che in Italia.

Willy Brandt, che alla fine degli anni Sessanta guidava il governo tedesco.

Rimanendo in tema, Willy Brandt, che alla fine degli anni Sessanta guidava il governo, disse “procediamo con la democrazia” e affermò come fosse necessario comprendere la società partendo dai margini, da coloro che sono gli esclusi. In quegli anni, molti dei punti di riferimento culturali erano simili sia in Germania che in Italia, però nella Germania dell’Ovest l’attacco alle istituzioni, la cosiddetta lotta anticostituzionale, fu

molto meno sentita rispetto che in Italia.

Infatti, in Germania avevano ancora delle istituzioni, circa 200 reparti psichiatrici furono costruiti, perciò non ci fu una vera lotta anticostituzionale in quanto tale; quello che accadde è che le dimensioni e i posti letto degli ospedali psichiatrici furono ridotti, migliorandone così lo standard. Infine, come già accennato, l'aspetto fenomenologico dell'ideologia basagliana era apprezzato e accettato.

Se guardiamo allo stato della salute mentale nella Germania di 10 anni fa, ci rendiamo conto di come la riforma sia stata un processo lento e molto frammentato e come, tuttavia, gli ospedali psichiatrici esistano ancora oggi. Il punto chiave fu migliorare la cura della salute mentale seguendo determinate linee guida: la cura doveva essere basata sulla comunità, incorporare l'idea di una cura globale fondata sui bisogni per tutte le persone con disagio mentale, essere ben coordinata in bacini di utenza definiti e avere la stessa qualità di cure per patologie somatiche. In Germania dell'Est vi fu un processo simile.

Sistema politico e legislazione per la regolazione della salute.

Questa è stata la soglia per l'accesso al sistema della salute mentale, un sistema complicato, che funziona tramite l'input del sistema federale e legislativo e in gran parte anche sull'input dei singoli stati federali.

Vi sono molte negoziazioni tra i governi federali e quello centrale che riguardano il set-up del sistema. Il sistema della cura della salute mentale tedesco, ad oggi, è caratterizzato da un'efficienza moderata. Se guardiamo al diagramma sopra riportato, la situazione in Germania è migliore rispetto a quella degli Stati Uniti.

Innovation: Hamburg Model

- In cooperation with psychiatrists in private practice and other care providers
- **Coordination of care** for patients with illness duration > 2 years with ACT focus
- **Results** 17/120 patients (14%) loss of contact, 6% in ACT team vs. 23% in control group (CG), time in contact 51 weeks (ACT) vs. 44 weeks (CG), ACT superior to CG for symptoms, illness severity, GAF, QoL, treatment satisfaction (MMRM); higher level of employment, lower level of substance use in ACT patient group

Cost-Effectiveness of 12-Month Therapeutic Assertive Community Treatment as Part of Integrated Care Versus Standard Care in Patients With Schizophrenia Treated With Quetiapine Immediate Release (ACCESS Trial)

Anne Karow, MD; Jens Reimer, MD; Hans Helmut König, PhD; Dirk Heider, PhD; Thomas Bock, PhD; Christian Huber, MD; Daniel Schöttle, MD; Klara Meister, PhD; Liz Rietschel, PhD; Gunda Ohm, MD; Holger Schulz, PhD; Dieter Naber, MD; Benno G. Schimmelmann, MD; and Martin Lambert, MD

Modello di Amburgo, che integra un lavoro comunitario.

Mental health care in Germany today:
health expenditure and life expectancy

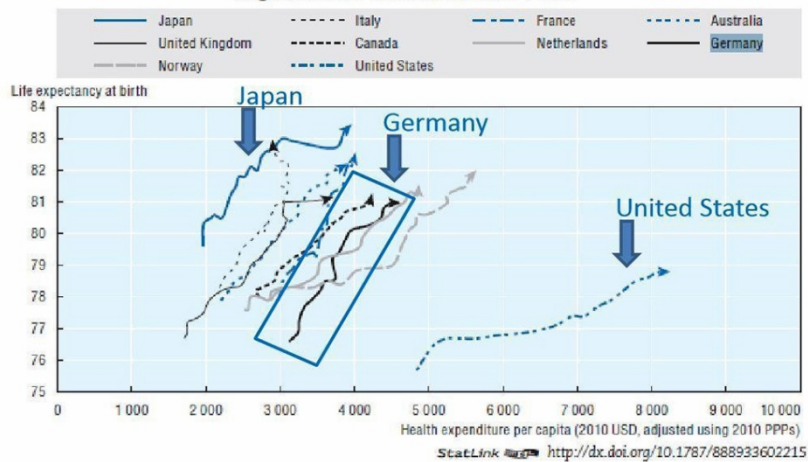
Figure 2.6. **Life expectancy gains and increased health spending, selected high-income countries, 1995-2015**

Japan · Italy · France · Australia · United Kingdom · Canada · Netherlands · Germany · Norway · United States

Life expectancy at birth

Japan · Germany · United States

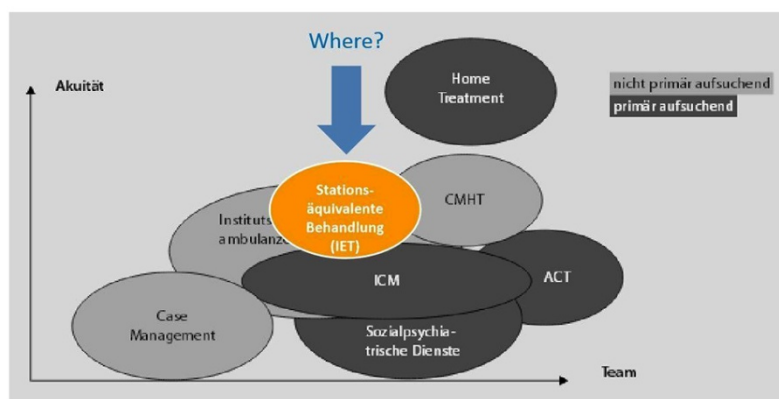
Health expenditure per capita (2010 USD, adjusted using 2010 PPPs)

StatLink http://dx.doi.org/10.1787/888933602215

Salute mentale oggi in Germania: aspettativa di vita.

Attualmente è in corso un poderoso processo di innovazione che si snoda attraverso diverse linee di pensiero. Un esempio è il qui sopra riportato Modello di Amburgo, che integra un lavoro comunitario.

Un altro esempio è il budget regionale: tutto il denaro va al fornitore dei servizi per la salute mentale, che decide come allocarlo; facendo ciò, i providers sono liberi, ad esempio, di decidere di mettere più denaro nelle comunità e dare meno denaro agli ospedali, garantendo così una certa flessibilità.

Ci sono diverse regioni nel Paese in cui sono stati fatti buoni studi valutativi, abbiamo servizi di comunità attraverso il governo federale e ci sono gestioni di diversi casi secondo il modello della multi-professionalità modulata. Abbiamo molti progetti modulati per interventi al momento dell'esordio psicotico, ma anche sulle famiglie e abbiamo anche studi di valutazione di questi modelli.

Where to place inpatient-equivalent treatment (IET)?

Darstellung ambulanter gemeindepsychiatrischer Ansätze. (Mod. nach Becker T, Hoffmann H, Puschner B, Weinmann S. Versorgungsmodelle in Psychiatrie und Psychotherapie. Stuttgart: Kohlhammer; 2008)

IET, ovvero Inpatient Equivalent Treatment, questo trattamento può essere condotto nella comunità anche dopo che il paziente è stato dimesso.

Esiste una legislazione, recente, sulla cosiddetta IET, ovvero *Inpatient Equivalent Treatment* (trattamento equivalente a quello dei pazienti ricoverati): questo trattamento può essere condotto nella comunità anche dopo che il paziente è stato dimesso.

Quindi, concludendo, in riferimento al viaggio dall'ospedale alla comunità, il processo è stato graduale e lento, ma gli ospedali psichiatrici sono sopravvissuti così come anche il movimento della *Gemeindepsychiatrie* e dell'*Enquête* sono sopravvissuti nei decenni.

Il sistema della cura è frammentato e diversificato, sono molti i fornitori di servizi e non c'è un sistema nazionale unico, per così dire. Sta per cambiare anche il sistema di finanziamento: esso è studiato pro capite, a seconda dei singoli pazienti e viene dato un peso grandissimo alla documentazione del modo in cui vengono forniti i servizi.

Inoltre, un settore in grande espansione è quello della psicologia psicosomatica; ci sono numerosi interessanti modelli innovativi di cura e questo indica che c'è molta più flessibilità nella cura stessa dove vengono seguite le linee indicative internazionali sulla psichiatria.

In conclusione, posso dire che in Germania, con un settore ospedaliero molto più esteso, sono sopravvissute, più o meno, le linee di tendenza degli anni Settanta italiane, che più di recente hanno uno sviluppo maggiormente di comunità.

Grazie.

M@GM@ Rivista internazionale di Scienze Umane e Sociali vol.17, n.2, 2019, ISSN 1721-9809

I servizi di salute mentale in Lituania: breve storia e realtà odierna

Roma Šerkšnienė

roma.serksniene@ssinstitut.lt

Medico Psichiatra presso il Kaunas Medical Institute. Ha lavorato in ospedale psichiatrico ai tempi dell'Unione Sovietica. Specializzata nel trattamento psichiatrico di bambini e adolescenti. Psicoterapeuta familiare e Direttrice dell'Istituto per le Relazioni Familiari di Kaunas. Ha collaborato come psicoterapeuta di supporto presso la Kaunas Medical University e presso l'Istituto Olandese di Psicoanalisi.

"Diritti... e rovescio" - Dichiarazione universale dei Diritti dell'Uomo, progetto realizzato all'interno del laboratorio "Atelier d'Arte" del Centro Diurno Day Care dell'Ospedale di Bergamo.

In questa presentazione parlerò della mia esperienza come psichiatra e psicoterapeuta in Lituania, facendo cenno alla storia del nostro Paese, non indifferente. Prima di entrare nel merito della situazione odierna, vi racconterò quella che è stata la mia esperienza e quindi illustrerò brevemente la situazione della psichiatria e della riforma del nostro sistema dei Servizi di Salute Mentale. Condividendo la mia esperienza, vorrei riflettere sulle differenze che ho notato con voi.

Cenni storici

Mentre discutevate della legge Basaglia e della riforma mi è venuta in mente una metafora sulla differenza tra "*fast food*" e "*slow food*". Vi spiego: quando la riforma cominciò in Europa e in Italia, ero molto giovane e la situazione era assai diversa. Tra l'altro, ho constatato dopo varie ricerche che la "Legge Basaglia" tutt'oggi non è conosciuta in Lituania, né dai civili né dai professionisti.

Andiamo però un po' indietro: noi abbiamo vissuto sotto il regime sovietico e non era permesso parlare di liberazione e di movimento. Non solo i pazienti erano stati affetti dal regime, ma anche noi professionisti: anche gli psichiatri più aperti non erano esenti dall'influenza del regime, tale che non potevano esprimersi liberamente.

Allora la situazione era molto diversa da oggi: erano presenti grandi ospedali che potevano ospitare dalle trenta alle quaranta persone in una singola stanza; spesso i pazienti venivano ricoverati contro la loro volontà, li venivano iniettati medicinali ed erano costretti a lavorare (anche quando gli psicofarmaci li

rallentavano a livello motorio e cognitivo). Nel caso di pazienti che presentavano deliri psicotici il sistema prevedeva che questi fossero costretti a ricovero e a rimanere in ospedale per qualsiasi tipo di trattamento.

Per quanto riguarda noi membri del personale ospedaliero, ci veniva imposto di prestare servizio anche nei giorni festivi e di notte; inoltre, in occasione di agitazioni politiche, i soldati ci indicavano persone che eravamo costretti ad ammettere nell'ospedale con false diagnosi (io sono stata fortunata, non mi è mai capitato personalmente e non so come avrei reagito se mi fossi trovata in quella situazione).

È bene sottolineare che in questo panorama, precedentemente alle varie riforme e leggi oggi in vigore che verranno descritte a seguito, spesso sui pazienti veniva effettuata una contenzione meccanica: questa li costringeva a letto, anche attraverso l'ausilio di corde e venivano lasciati in stanze isolate. I trattamenti brevi erano di sei o sette mesi, ma molti altri pazienti passavano anni in manicomio o rimanevano a vita. Le loro condizioni negli ospedali erano cattive e le concezioni e le diagnosi dei disturbi mentali non erano descritte chiaramente.

Il regime sovietico lasciò un sistema di cura assistenziale assai corrotto, molti ospedali psichiatrici sovraffollati, sfiducia generale nel sistema di cura psichiatrico e un forte stigma di cui l'intera società ne risente fino ai nostri giorni. A causa della presenza del regime sovietico che operava una deliberata repressione, non era possibile conoscere idee nuove né parlarne e non ci si toglie facilmente d'addosso un tale peso. Solo dal 1975 la situazione iniziò a mutare, permettendo una lenta introduzione della disciplina e della professione dello psicologo.

Nel 1991 si iniziò a discutere della prima riforma psichiatrica e fu stesa la prima edizione della legge psichiatrica. Ma eravamo tanto lontani da tutto ciò di cui si discute qui. Ecco perché "*fast food*" e "*slow food*"…

Anche se gli effetti reali, a seguito dell'indipendenza, non si sono visti immediatamente, nella mia cerchia posso dire che abbiamo respirato aria di cambiamento molto prima e in molti posti, autonomamente, si cercavano alternative all'eredità sovietica. Mi ricordo che abbiamo iniziato a discutere tra di noi, segretamente, creando una specie di associazione psichiatrica. Per esempio, quando lavoravo nella clinica universitaria, discutemmo nel nostro dipartimento le regole da mettere in pratica durante la cura dei pazienti che riguardavano un costante monitoraggio; non era la legge a stabilirlo, ma si trattava di una regola interna al nostro dipartimento, desiderata da noi e attuata come legge.

Le riforme

Penso che negli ultimi 17 anni ci siano stati molti cambiamenti, soprattutto più di recente, e oggi è in atto un nuovo disegno di legge (che, al momento della stesura di questo articolo, è stato già deliberato).
Nel 1991 dunque la prima legge prevedeva che, su decisione di uno psichiatra, fosse possibile ricoverare una persona senza il suo consenso solo nel caso in cui essa dovesse mostrare un comportamento pericoloso per se stessa o per gli altri.

Con le nuove riforme, il ricovero coatto prevede oggi una durata minima di tre giorni lavorativi, dopo i quali il tribunale decide se prolungare la permanenza del soggetto o dimetterlo.

Un ulteriore aspetto importante introdotto recentemente riguarda l'accompagnamento del paziente: quest'ultimo non deve mai essere lasciato solo, il personale infermieristico lo deve sempre monitorare e sapere quali sono le condizioni psico-fisiche specifiche di ogni assistito. In questi termini, ai pazienti è vietato tenere con sé qualsiasi oggetto che possa ferirli, i vetri delle camere sono infrangibili e i medici sono tenuti a controllare ogni ora e mezza lo stato di salute dei loro pazienti.

Queste sono le nuove regole entrate in vigore negli ultimi mesi in Lituania, in particolare da maggio 2019, mezzo anno dopo il convegno del CIPRA a Milano.

La recente legge introdotta, sicuramente per via di un'influenza della nostra vicina Finlandia, riguarda

l'utilizzo di psicofarmaci: ad oggi è la corte a stabilire se il paziente ricoverato necessita di cure urgenti; in caso contrario, viene sottoposto a cure non mediche come il counseling psicologico o la psicoterapia. Da quest'anno la legge invita a non fare uso di sostanze psicotrope, a meno che il tribunale non abbia sentenziato la necessità e abbia deciso di trasferire il paziente nel dipartimento di psichiatria, anche senza suo consenso.

Tuttavia, in Lituania mancano ancora le restanti componenti della cura: l'inserimento in strutture comunitarie residenziali, la riabilitazione psicosociale e l'orientamento vocazionale, le comunità di salute mentale per minori e i servizi di supporto per le famiglie. Io sto provando a introdurre la terapia familiare nei casi di disagio psichico di un membro, ma è un processo lento e non ancora del tutto riconosciuto.

La situazione odierna

Non abbiamo ancora avuto pieno successo, ci sono molte ragioni per questa nostra lentezza. Mentre negli altri Paesi europei si parlava addirittura della chiusura degli ospedali psichiatrici, il governo lituano faceva cenni sulla diminuzione del numero di letti negli ospedali psichiatrici. Tuttavia, in 26 anni, tra il 1991 e il 2017, i letti si sono ridotti da 5.380 a 2.017 (come mostra la tabella 1 sottostante).

Tabella 1.

Posti letto in Psichiatria nel 2017	**Numero posti letto**	**per 10 000 pop**	**%**
Psichiatria	2804	10	11,4

Di pari passo alla riduzione del numero di ospedali e della durata media della degenza ospedaliera, secondaria alla deistituzionalizzazione, la qualità delle cure da parte dei servizi psichiatrici ospedalieri è aumentata (tabella 2).

Tabella 2.

Quadro della rete di servizi di salute mentale nel 2017

	Numero unità	**Numero incluse le subunità**
Ospedali statali e municipali:		
psichiatrici	4	6
Istituzioni private:		
psichiatrici	2	

Si è verificato un miglioramento degli ospedali in termini di standard, molti pazienti sono stati trasferiti negli ospedali di medicina generale, organizzati con differenti reparti e questo fu un grande cambiamento. In Lituania la medicina di base è ben sviluppata, esistono molte risorse e il governo sta iniziando a collaborare molto di più con i medici di base, al fine di migliorare l'assistenza sanitaria.

Punti deboli del sistema di salute mentale

Un limite che ancora permane nel sistema dei servizi di cura lituani riguarda gli psicologi e gli psicoterapeuti: non esiste ancora una legge sulla psicoterapia ed è ancora in atto una discussione su come regolamentarla e chi può avere accesso alla formazione in psicoterapia. Sussiste di fatto una frammentazione nella politica di sviluppo della salute mentale. Programmi e strategie sono stati lanciati, con obiettivi e risultati definiti a livello teorico, ma sul piano reale mancano le risorse umane e finanziarie per il potenziamento del sistema.

Le statistiche mostrano che in Lituania esistono sufficienti risorse per le cure primarie mentali, ma seguendo la politica di salute mentale l'intero onere ricade sugli psichiatri. Questo in parte dipende dalla programmazione pregressa, che prevede che nei Centri di Salute Mentale (115) si prenda in carico l'intera utenza che necessita di cure ambulatoriali. Ciononostante, attualmente si sta delineando la necessità di coinvolgere i medici di famiglia (tabella 3) nel ruolo di gestori delle cure mentali primarie, così da alleggerire i troppi invii di casi comuni ai Centri di Salute Mentale.

Tabella 3. Medici in servizio alla fine del 2017

	Numeri assoluti	per 10 000 pop.	%
Psichiatri	573	2,0	4,2
Medici di famiglia	2184	7,8	15,9

Un altro tema importante è quello della medicalizzazione: molti professionisti sostengono, malgrado la legge recente, che l'unico modo per curare coloro che soffrono di un grave disagio psichico sia dare loro psicofarmaci senza distinzione tra i vari casi. Una possibile spiegazione è data dalla concentrazione delle risorse umane ed economiche nelle istituzioni psichiatriche, le quali detengono ancora un elevato numero di posti letto e di psichiatri, nonché un crescente finanziamento per il rimborso di farmaci psicotropi di nuova generazione.

In Lituania è presente un altissimo tasso di suicidi (31,5 morti per 100,000 abitanti, tre volte più elevato della media europea che è di 11,3) e un'elevata porzione della popolazione ha problemi di eccessivo consumo di alcool (32,6 morti per 100,000 abitanti, più del doppio della media europea che è di 15,7). Queste sono solo alcune delle problematiche che toccano la realtà lituana e sulle quali rivolgere il nostro sguardo e la nostra attenzione, al fine di comprenderle e risolverle.

Molte sono le iniziative messe in atto dalle autorità municipali e dalle organizzazioni non governative nel campo della promozione della Salute mentale e della prevenzione. Nonostante ciò, esse sono frammentate e i programmi di prevenzione non sono caratterizzati da strumenti atti a misurarne l'efficacia e la sostenibilità economica.

A tutt'oggi, la società lituana è caratterizzata da un'attitudine stigmatizzante nei confronti della salute mentale e da una forte sfiducia della popolazione verso il sistema sanitario e verso il sistema psichiatrico. È presente inoltre una tendenza evitante al contatto con i professionisti del sistema di cura e, nel caso questo ci sia, viene applicato prevalentemente per il trattamento medico ma non psicoterapeutico.

Le ricerche rivelano, infatti, che in Lituania esiste ancora un'immagine negativa dei professionisti della salute mentale, persiste la paura di chiedere aiuto per la vergogna e la stigmatizzazione e l'informazione circa l'assistenza e i servizi è limitata. Indipendentemente dai miglioramenti sostanziali nei Servizi di Salute Mentale avvenuti negli anni dopo il ritorno all'indipendenza, lo stigma sociale – in linea con la ricerca che Dinesh Bhugra ci illustrò a inizio mattina – rimane quindi predominante. I pazienti psichiatrici sono percepiti come pericolosi, violenti e incapaci. Ricevere pubblicamente o in forma anonima servizi di salute mentale è

un impegno gravoso a causa della struttura a nodi stretti della società lituana, dove tutti conoscono tutti.

A mio avviso, e importante muoverci in fretta, specialmente ora che abbiamo l'opportunità di fare riforme.

Ringrazio per l'opportunità di partecipare a questo importante evento, grazie a Cecilia e al CIPRA.

I servizi di salute psichiatrica in Israele: verso una progressiva deistituzionalizzazione

---

Alon Ashman

alon.ashman@gmail.com

Medico psichiatra, Ben-Gurion University, specializzato in Ipnosi e EMDR. Ha lavorato per anni in ospedali psichiatrici. Dal 2018 è responsabile di Psichiatria presso il Centro riabilitativo di Kephar Isun e Direttore del Centro diurno di Salute Mentale.

"Diritti... e rovescio" - Dichiarazione universale dei Diritti dell'Uomo, progetto realizzato all'interno del laboratorio "Atelier d'Arte" del Centro Diurno Day Care dell'Ospedale di Bergamo.

Mi chiamo Alon, sono un giovane psichiatra proveniente da un'altrettanta giovane nazione quale è Israele, un piccolo paese circondato da nemici. Sin dal 1997 mi sono interessato e dedicato alla psichiatria. Prima di iniziare a fare lo psichiatra ho prestato servizio come medico dell'esercito israeliano nelle zone di combattimento. È stato durante quel periodo che ho capito di voler essere uno psichiatra, dopo tutto ciò che avevo visto e vissuto. Motivato soprattutto dalla volontà di allontanarmi dai combattimenti e dalle guerre, ho intrapreso un percorso psico-spirituale su me stesso e ho avuto conferma di voler diventare psichiatra.

Ricordo che, prima di entrare nel sistema psichiatrico, nutrivo forti pregiudizi negativi a riguardo e avevo molta paura perché ero convinto che fosse un sistema disumano. Invece, ciò che ha da subito colpito la mia attenzione quando nel 1997 sono entrato a far parte del mondo della psichiatria, è stato il contesto particolarmente umano: i malati mentali erano trattati con rispetto e dignità.

Appresi in questo modo che la riforma era iniziata circa sei anni prima, nel 1991, attraverso una legge riguardante in modo specifico i diritti dei malati mentali. Questa riforma, che contiene una seconda legge che risale al 1996, protagonista assoluta di queste due giornate, è ciò di cui vorrei parlarvi nel mio intervento, facendo successivamente riferimento ad una seconda riforma, meno conosciuta, rimasta per lo più in secondo piano ma non per quello meno importante, legata alla riabilitazione e alla psichiatria di comunità.

La prima riforma

In Israele, la prima riforma è stata attuata affinché i malati mentali venissero trattati come esseri umani; in particolare questo atto include la prima legge del 1991, grazie alla quale è stata negata l'autorizzazione ad un ricovero coatto a meno che non vi sia una "giusta causa". In merito esiste una regolamentazione molto rigorosa: il paziente deve essere riconosciuto come affetto da un disagio psichico e chiaramente pericoloso affinché lo si possa ospedalizzare; inoltre, la persona ha il diritto di appellarsi e di essere rappresentata da un avvocato.

La legge prevede inizialmente un massimo di 7 giorni di ricovero in ospedale, al termine dei quali è possibile prolungare la permanenza di altri 7 giorni se necessario. Allo scadere dei 14 giorni, una commissione affiancata dagli avvocati si riunisce e decide del destino di questi pazienti. È possibile prolungare ancora di un mese. Allo scadere del periodo dei 14 giorni, si riunisce una commissione diversa dalla precedente, per evitare il pericolo di un accanimento, che deciderà rispetto all'eventuale prolungamento del ricovero. Mi sento di affermare con sicurezza che sono ammessi solo pazienti con reale pericolosità, per lo più schizofrenici in gravi condizioni. La commissione si presenta al Tribunale dove viene tenuta in considerazione l'opinione dello psichiatra, dell'avvocato del paziente e la voce stessa del paziente.

L'inizio dei diritti

La seconda legge importante aggiunge un aspetto non indifferente alla prima e risale al 1996: in particolare essa regola i diritti dei pazienti, come il diritto alla privacy, il diritto alla segretezza e soprattutto il diritto a dire "no". È questa una legge che dà voce ai pazienti rispetto al diritto a rifiutarsi a qualsiasi trattamento. La legge dei diritti delle persone malate non è soltanto una legge psichiatrica, ma è una legge sanitaria generale: se per esempio un malato arriva al Pronto Soccorso e i medici pensano che abbia bisogno di un trattamento e lui lo rifiuta, quest'ultimo ha il diritto a non ricevere il trattamento, a meno che 3 medici specialisti (non necessariamente psichiatri) non dicano che di fronte al rifiuto la persona rimane in pericolo di vita. Nel 1996 quello che abbiamo fatto è stato mettere al centro il malato e non i medici.
Il paziente è al centro ed è l'esperto di se stesso, dunque è molto difficile ricoverarlo contro sua volontà. È molto difficile in psichiatria effettuare un TSO. La legge del 1996 ha portato maggiore sensibilità e consapevolezza.

Per quanto riguarda la contenzione meccanica, è prevista se il paziente presenta una situazione che comprende la violenza verso lo staff o verso se stesso. Lo si può legare al letto con l'obbligo, da parte dello psichiatra, di fare una valutazione di volta in volta, prima ogni ora e poi ogni tre ore. Nel lasso di tempo che trascorre tra una valutazione e l'altra, le infermiere o gli infermieri devono tenere controllate le condizioni del paziente, senza che sia una sorta di costante accompagnamento. Il parere dello psichiatra non è importante solo ai fini della contenzione, ma anche per tutta la durata della terapia.

Tuttavia, le recenti norme del Ministero della Salute hanno vietato la contenzione nei seguenti casi:
- come metodo punitivo;
- come metodo educativo;
- come metodo che vuole dettare un determinato comportamento;
- come metodo che non consenta alla persona di essere verbalmente violenta o aggressiva;
- come metodo per trattare uno stato di irrequietezza e ansietà che comunque non mette in pericolo la persona stessa o l'ambiente circostante;
- quando la persona si rifiuta di fare ciò che le viene detto di fare;
- quando la persona si rifiuta di seguire il trattamento psicofarmacologico;
- quando la persona viene ricoverata contro la propria volontà;
- in situazioni di mancanza di personale nel turno specifico;
- come metodo di utilizzo del potere per creare una certa disciplina tra i pazienti.

Secondo l'ultima legge, anche quando la persona sembra pericolosa per se stessa o per gli altri, anziché ricorrere alla contenzione meccanica, viene privilegiato l'isolamento in una stanza imbottita, senza stimoli né strumenti pericolosi. Ultimamente anche l'utilizzo di stanze di isolamento è andato sempre più diminuendo, alla luce della consapevolezza del fatto che nella società israeliana e quella occidentale questo metodo è sempre più vissuto come tabù; grazie a questa consapevolezza, negli ultimi anni sono emersi e stati

denunciati alcuni, anche se eccezionali, casi di utilizzo del potere di questo metodo da parte dello psichiatra con motivazioni che alla fine risultavano ingiustificate. Oggi c'è un consenso rispetto all'inutilità della contenzione meccanica come metodo terapeutico e io mi auguro che venga vietata.

Di fatto, la contenzione meccanica è una modalità che risale al medioevo, per tranquillizzare una persona che sta soffrendo, utilizzata solo in alcuni ospedali psichiatrici.

Devo ammettere che è da molto che non vado in un ospedale psichiatrico (ci ho lavorato fino al 2000); dovrei chiedere a un mio collega per sapere come di fatto intervengano ora. Io non lavoro a contatto con gli ospedali psichiatrici; nei miei servizi non esiste la contenzione e qui vi riporto ciò che riferisce la legge.

La riabilitazione

Esiste infine una terza legge che riguarda la riabilitazione e che apre l'era della seconda riforma. Essa è stata applicata nel 2000, permettendo l'introduzione dell'approccio terapeutico e olistico nelle comunità. Dopo la fase acuta di ricovero in ospedale, i pazienti possono difatti recarsi presso una comunità e ricevere tutti quei servizi che ne favoriscano il reinserimento nella società; alcuni esempi sono l'aiuto finanziario, l'istruzione, il sostegno occupazionale, l'alloggio e le attività sociali.

Quanto detto finora ci permette di osservare l'esistenza di una trasformazione dal 2000 ad oggi, consistente nel passaggio da ospedale a comunità. Attualmente il tempo di ospedalizzazione è molto più breve e si concentra solo sulla cura della fase acuta della malattia, avvalendosi principalmente dell'uso di psicofarmaci e non della contenzione meccanica. Secondo quello che potrebbe essere definito il normale decorso delle cose, una volta che i sintomi – attraverso i quali una persona viene identificata come in stato di pericolo – scompaiono, questa viene trasferita all'interno di una clinica comunitaria dove può ricevere, senza stigma, tutti i servizi mirati alla sua reintegrazione nella società.

Il ruolo degli psichiatri, il lavoro interdisciplinare

Un altro importante cambiamento che sta avvenendo in Israele riguarda il ruolo dello psichiatra, che vede sempre più diminuire il suo campo d'azione. Il potere dei *social workers* (che non corrispondono alla figura dell'assistente sociale in Italia, ma sono più vicini ai *counselor*, i quali in Israele ricevono una formazione universitaria fino al dottorato), degli psicologi e delle pratiche olistiche risulta essere di gran lunga più influente.

È opportuno sottolineare a questo proposito come la seconda riforma riguardi non tanto la figura dello psichiatra, ma quella del *social worker*, coordinatore della cura nella fase acuta degli stati psicotici. La seconda riforma non parla tanto di ciò che gli psichiatri devono fare, ma piuttosto del ruolo dei *social workers*. Questo perché essi sono coloro che coordinano la presa in carico, costruiscono il progetto di vita e decidono come effettuare il reinserimento nella società. Nella comunità ci sono degli *hostel*, (appartamenti gestiti da *social workers* e da educatori per persone non in stato acuto). Se necessario, lo psichiatra viene chiamato e fa visita una volta ogni tanto, ma è il *social worker* che ha la responsabilità di tutto l'andamento, del rapporto con la famiglia e con la comunità.

Le *Balance Homes*

Attualmente esistono in Israele luoghi chiamati "*Balance homes*" (Letteralmente "Case di equilibrio"): sono piccole unità abitative aperte e situate in territori rurali popolati, che ospitano fino a 15 persone con disagio psichico (con una media di 10 ospiti per casa). Le *Balance homes* accolgono persone in situazioni psicotiche gravi, che non hanno bisogno di un posto chiuso. Le persone devono esplicitare il desiderio di essere accolte in queste case. L'ingresso e la permanenza nelle case sono solo volontari. In alcune *Balance homes* ci sono professionisti olistici, anche se non in tutte; questo riguarda la metodologia e l'approccio scelto dalla singola struttura. Lo psichiatra, che fa parte dello staff, partecipa circa una volta alla settimana e l'idea è di togliere gli psicofarmaci il più velocemente possibile.

All'interno di queste case, l'ambiente viene particolarmente curato da parte degli ospiti stessi in modo da diventare piacevole e casalingo, grazie anche alla possibilità di tenere con sé il loro animale domestico.

Ogni casa ha un coordinatore, solitamente counselor o psicologo (non psicoterapeuta poiché si tratta di un professionista che deve coordinare e non fare percorsi terapeutici specifici), che si occupa del buon funzionamento e dell'andamento generale. Il coordinatore viene affiancato da un *team* multidisciplinare composto da *social workers*, terapeuti di vario tipo (occupazionali, arte-terapeuti, danza o teatro terapeuti, *pet therapists*), e spesso da insegnanti di yoga, shiatsu e altre discipline olistiche.

In queste case sono presenti anche i "pari", che svolgono il ruolo di accompagnatori dopo una breve formazione; per lo più essi sono persone uscite da una medesima situazione di disagio psichico.

Nelle *Balance homes*, inoltre, una delle principali attività è lo sport. Le attività proposte, a scelta, non sono obbligatorie e gli ospiti decidono autonomamente se parteciparvi, così come possono uscire e fare passeggiate con i loro cani in totale libertà. L'uscita libera e da soli non è prevista per i pazienti in grave stato psicotico, che escono accompagnati. Attualmente sono impegnato ad offrire le mie prestazioni all'interno di questo tipo di *Balance homes*, normali case aperte a tutti, situate in un quartiere di un insediamento rurale. I pazienti psicotici possono venire in questa casa, dove vengono accolti da un "*peer*" e iniziano la loro permanenza.

Nello specifico, la mia presenza in questa casa prevede che mi occupi del controllo della somministrazione dei farmaci ai pazienti. Mi reco alla casa una volta alla settimana, durante la quale svolgo colloqui individuali e di gruppo, rimanendo sempre in contatto con il coordinatore.

Un altro aspetto molto importante e significativo riguarda gli approcci seguiti, ovvero quello umanistico, quello sistemico e quello olistico. La psicoanalisi non ha spazio nelle situazioni psicotiche acute e questi altri approcci sono quelli vincenti. Per cui hanno tutti in comune l'essere in una dimensione di counseling per quanto riguarda l'accoglienza, l'ascolto attivo, il legame quanto più paritario possibile fra pazienti e professionisti e un lavoro più nel qui ed ora e relazionale.

Di solito, trascorsi circa tre mesi dall'arrivo nella casa, queste persone tornano a vivere nella società e nel loro ambiente senza alcuno stigma. Al giorno d'oggi, in Israele, molti pazienti preferiscono venire nelle *Balance homes* anziché recarsi negli ospedali che, per questo motivo, stanno diminuendo progressivamente. La situazione è oggi estremamente cambiata e la visione di chi è affetto da malattia mentale non è più accompagnata da stigma.

In Israele esiste un'altra struttura unica chiamata "Kfar Izun" (Villaggio dell'equilibrio): questo villaggio si trova vicino al mare, in una zona tranquilla che ricorda molto una spiaggia thailandese. Di solito in questo luogo si riuniscono i *backpackers*, ovvero giovani israeliani che hanno intrapreso viaggi nell'Oriente e tornando hanno portato con sé problemi di tipo psichico o di dipendenza da sostanze (o entrambi). Questi giovani si uniscono al Villaggio, dove prendono parte a gruppi di terapia che aderiscono a un approccio terapeutico olistico; sono accompagnati dalle figure professionali elencate in precedenza e per un breve periodo di tempo ricevono anche un sostegno psicofarmacologico. Dopo circa quattro mesi tornano in società, senza stigma e senza essere mai stati ricoverati in ospedale.

Quando il nemico è fuori

Secondo il mio parere personale, Israele si trova in una fase di forte crescita nei confronti di coloro che soffrono di disturbi mentali. Essendo un Paese che si trova tra l'Africa e l'Europa, deve progredire, svilupparsi e crescere ancora e ritengo che gli approcci umani e pratici che stiamo adottando siano validi e ne stiamo riscontrando successo. Ho detto "progredire" e "svilupparsi" perché siamo in una fase ancora di sviluppo: rispetto ad alcuni Paesi europei abbiamo sicuramente ancora molto da fare. Ho l'impressione che, in Europa, più si va verso il nord più aumentino i servizi, come accade, per esempio, con il *Voice Dialogue* in Finlandia. In generale, in Scandinavia c'è un *welfare* che noi studiamo come esempio. È come se andando verso il Polo Nord i servizi diventino più ordinati.

Israele è un Paese piccolo ed è sempre in stato di emergenza, ci sono problemi che hanno più urgenza di essere trattati. È un Paese circondato da nemici e il problema delle malattie mentali in particolare non ha tutto questo impatto, non rappresenta un'emergenza. Il nemico sta attorno, è fuori, non è dentro. Questo significa che ci sono altre urgenze e le persone che soffrono di malattia mentale sono all'ultimo posto. Essendo la situazione di sicurezza un problema, il budget è destinato maggiormente a quest'ultima.

Se da una parte le risorse sono ridotte, dall'altra ci si improvvisa, dando meno importanza al tema della malattia mentale, che risulta meno stigmatizzato, pur non sottovalutando la salute mentale in generale.

Quando il nemico è fuori, la follia è considerata fuori. In continuo stato di guerra, si sviluppa all'interno del Paese un senso di unitarietà e di solidarietà che diminuisce la distanza fra i professionisti e chi usufruisce dei servizi. A questo proposito, abbiamo notato che nelle situazioni di allerta e di attacco, quando suonano le sirene e bisogna andare in rifugio, i pazienti psichiatrici migliorano e addirittura si prendono cura degli operatori, spesso più vulnerabili. Star seduti tutti insieme, in pericolo, dentro un rifugio toglie le distinzioni. Non c'è un "noi" e un "loro" all'interno dei rifugi.

Tornando agli ospedali psichiatrici, non c'è tanto una distinzione tra personale e malati: per esempio, la mensa è condivisa e non si mangia separatamente. Non solo quindi la malattia mentale è il minore dei mali in Israele, ma la si affronta in maniera paritaria; è questa continua situazione esterna di lotta e pericolo che crea un forte "noi" interno, paradossalmente terapeutico.

In Israele c'è sempre stato questo "noi": ci si dà del tu, c'è un livello di vicinanza e un modo di relazionarsi che non è dettato dal ruolo o dal titolo. Israele è un Paese non solo piccolo e circondato da nemici che deve creare e mantenere un "noi", ma anche uno Stato dove in alcuni ambiti è rimasta segnata l'impronta dell'ideologia progressista dei pionieri socialisti che, sia nelle relazioni fra adulti sia nella relazione educativa, è molto contraria a qualsiasi forma di utilizzo del potere, ancor più se dettato dal ruolo, e contraria alla forma e alle apparenze.

Ringrazio Cecilia e tutti per questo invito.

Da sinistra a destra: Alon Ashman, il coordinatore di una Balance Home e un "peer". La casa vista da fuori.

Il terrazzo in una giornata di pioggia.

L’entrata al laboratorio artistico.

Un particolare dell'esterno.

Un particolare dell'esterno.

Un operatore olistico (shiatzu) ha appena finito un gruppo.

Cibernetica della legge: istituzionalizzazione / deistituzionalizzazione negli USA, passato e presente

Marcelo Pakman

mpakman@gmail.com

Psichiatra di comunità, psicoterapeuta sistemico. Ha lavorato per anni nelle istituzioni e ha sempre svolto attività clinica; si è occupato di micropolitica della Salute Mentale di Comunità nell'Ovest del Massachusetts, Stati Uniti. Scrive e lavora in tutto il continente americano e in Europa su situazioni di povertà, violenza e dissonanza etnica, memoria e testimonianza e sul rapporto tra pratica clinica, epistemologia e filosofia.

"Diritti... e rovescio" - Dichiarazione universale dei Diritti dell'Uomo, progetto realizzato all'interno del laboratorio "Atelier d'Arte" del Centro Diurno Day Care dell'Ospedale di Bergamo.

Buongiorno a tutti. Grazie Cecilia per l'invito, è un piacere per me essere qui.

Durante il mio intervento vorrei riflettere su un aspetto riguardante gli interventi governamentali, legislativi e sociali che hanno influenzato lo sviluppo del processo di deistituzionalizzazione delle persone considerate malate mentali, nell'espansione quasi concomitante della salute mentale di comunità, e riguardo i limiti e i confini che sono stati inseriti a mano a mano, rispetto il ricovero coatto di persone con disagio psichico. In questo processo c'è stato un gioco, tra le diverse dimensioni sociali, un'articolazione tra la giustizia, il movimento per i diritti civili e anche un cambiamento all'interno della concezione di malattia mentale e di salute mentale.

Per designare questa riflessione intendo attingere ad alcuni concetti della cibernetica, tra cui la disciplina della comunicazione in sistemi umani, sociali e artificiali alla base dello sviluppo del pensiero sistemico: flessibilità, restrizione e compartimentazione. Permettetemi però di fare un cenno circa alcuni degli importanti passi nel processo a cui mi riferisco.

Il primo importante passo nell'evoluzione e nella politica della salute mentale negli Stati Uniti risale al 1946 con il *National Mental Health Act* del presidente Truman, che creò il *National Institute of Mental Health* per la ricerca di problemi neuropsichiatrici fino a metà degli anni Cinquanta, quando venne creata una commissione per lavorare sulla malattia e salute mentale. Questo periodo ha reso legittima l'dea che la

malattia e la salute mentali siano questioni problematiche che meritano attenzione particolare dai diversi Stati e dei loro governi. Diventava così evidente una questione che alcuni pazienti, famiglie e professionisti consideravano già problematica: il fatto che lasciata al suo decorso la sorte dei malati mentali, questa rimaneva frequentemente vittima di pregiudizi culturali e di una terra di nessuno, in cui spesso i diritti civili dei pazienti venivano violati.

Il secondo passo avvenne nel 1963, con il *Community Mental Health Act* del presidente Kennedy, che finanziò la creazione di istituzioni comunitarie la cui funzione sarebbe stata la prevenzione e il trattamento di persone con una malattia mentale. Non si trattava questa volta solo di una questione incombente per lo Stato: i diversi Stati avrebbero dovuto offrire servizi comunitari in grado di sostituire le istituzioni di cura che iniziavano già a intravvedersi come istituzioni più a sostegno o, addirittura, alla creazione di problemi cronici, piuttosto che curarli o almeno migliorarli. Si tracciò così uno slittamento verso la rottura del concetto di separazione del malato mentale dalla malattia, per considerare la salute mentale come una questione di integrazione.

Il terzo passo importante avvenne durante gli anni Sessanta e Settanta, ponendo particolare attenzione alla legislazione sul ricovero coatto o involontario di persone con una malattia mentale, arrivando a renderla illegale, a meno che il paziente non si configuri in un processo pubblico come pericoloso per se stesso e per gli altri, piuttosto che come malato mentale. È diventato quindi impossibile alzare la cornetta e dire frasi come: «*mio figlio è davvero matto, vorrei che fosse ricoverato in un ospedale psichiatrico*», oppure che un padrone di casa dicesse: *«il mio inquilino è matto, ricoveratelo»* o, ancora, che questo venisse fatto da un'autorità pubblica. Non si trattava più solo di sottolineare la malattia mentale per intervenire con un trattamento e la sua prevenzione, né si trattava della promozione della salute mentale come per esempio il pensiero di ricoverare il paziente nel proprio territorio per non allontanarlo: in questa legislazione, il paziente passa ad essere un cittadino con pieni diritti, sul quale diventerebbero inammissibili manipolazioni, privazioni di libertà o misconoscimento della sua opinione su ciò che gli sta accadendo.

Flessibilità

Il primo concetto cibernetico che vorrei utilizzare, come supporto per questa breve riflessione attorno al processo appena delineato, è quello della "flessibilità sistemica". Gregory Bateson sviluppò il concetto di flessibilità coniato da (Ashby, 1956) e lo definì come il "potenziale verso un cambiamento non ancora compromesso". Si tratta di porre attenzione non solo a ciò che la legge fa direttamente come intervento regolatore, ma anche ciò che possiamo chiamare il potenziale della legge di aprire possibilità future di cambiamento in nuove situazioni. Questo potenziale regolatore della legge è legato ad aspetti non strettamente legiferati e implementati immediatamente da condizioni sociali che lo consentono, visto che non fanno parte del contenuto esplicito della legge ma, piuttosto, riguardano le conseguenze indirette della stessa.

Una legge deve avere il potenziale che consenta cambiamenti che, senza la stessa legge, diventerebbero impossibili se non già presenti o avviati nell'immediato successivo. Se, per esempio, si definisse esplicitamente attraverso la legge cosa è la salute mentale e si designasse ogni malattia mentale, la legge rischierebbe di diventare estremamente restrittiva. Prefiguratevi il sistema diagnostico DSM diventato legge: questo rappresenterebbe una grossa restrizione, poiché non si tratta di una definizione dettagliata delle malattie mentali nella legge; la legge deve considerare che ci sono professionisti che sapranno compiere questa azione in diversi modi e deve consentire che lo facciano nella comunità, rispettando i diritti civili dei pazienti e, al tempo stesso, senza mettere a rischio il paziente o altre persone sul territorio. Una certa ambiguità mantiene la potenzialità della legge e la sua flessibilità in modo da poter essere applicata in situazioni diverse e nuove. Se la legge è troppo specifica diventa rigida, addirittura inutile.

Restrizione

Il concetto di flessibilità facilitato dal potenziale richiede di essere compensato con un altro principio cibernetico: quello di restrizione, che Bateson sviluppò a proposito della spiegazione cibernetica, che cerca di porsi al posto di una spiegazione negativa provando di capire come è stato che, dalle diverse possibilità in un determinato momento, alcune si siano sviluppate in un certo modo, sopravvivendo agli ostacoli che si

sono presentati. La pertinenza di questo principio di restrizione va oltre l'epistemologia. Tanto la flessibilità, attraverso il potenziale che un sistema racchiude in sé senza utilizzarlo, tanto la restrizione, riguardo l'evolvere di alcune possibilità come dominanti, sono la manifestazione di un modo indiretto di intervenire nei sistemi. Non solo diventa importante ciò che si è già fatto, ma conta anche ciò che non è stato fatto ma agevolato; questa agevolazione ce l'abbiamo non solo tramite iniziative di promozione, ma anche attraverso la creazione di ostacoli nei confronti di alcune opzioni che permettono il progredire di altre, più desiderabili. Il potenziale che concede flessibilità deve allo stesso tempo essere limitato. Di tutto ciò che la legge potenzialmente offre, alcune possibilità saranno ristrette non direttamente dalla legge ma indirettamente, ponendo degli ostacoli ad alcune opzioni e facendo sì che ne sopravvivano altre (Bateson, 1972).

La legge richiede una distanza con la vita che legifera, senza risultare distruttiva per la stessa; perché la legge non è la vita: la relazione fra le due implica il modo in cui la legge si connette con se stessa, poiché può facilmente allontanarsi da se stessa, diventando estranea a sé. L’equilibrio tra la legge e la vita arriva a una dimensione indistinta, che può sfociare in una sorta di vita dove la spontaneità e l’intervento non si sovrappongano (Agamben, 2014). In relazione alla malattia mentale e alla salute mentale è necessario un equilibrio in cui non si lasci tutto alla spontaneità, negando l'intervento. Ciò rischia di sfociare nel domino del pregiudizio e dell’ignoranza. Tuttavia, non dobbiamo consentire che l'intervento soffochi le condizioni di vita spontanee nella comunità a favore della libertà.

Tuttavia, nelle aree di applicazione della legge, non qualunque concezione permette di mantenere questo equilibrio. Se si concepisce la malattia mentale come una condizione necessariamente pericolosa, è difficile promuovere i diritti delle persone con malattia mentale, in modo che in linea di principio non siano punibili in quanto tali. Ma, giustamente, dato che le persone con malattia mentale verranno sottomesse alle leggi che si applicano nei confronti di qualsiasi cittadino, la legge che li protegge deve avere anche un aspetto restrittivo. Se si assume, per esempio, che la malattia mentale non implica mai pericolo per se stessi o per gli altri, si crea anche un problema, dato che in alcuni casi la malattia può arrivare a compromettere la legge stessa. È necessario un procedimento che consideri questa eventualità per far sì che il ricovero coatto sia un’opzione che non finisca per limitare la libertà del paziente e non finisca per costringerlo a rifiutare la cura e i suoi diritti, che sono gli stessi di qualsiasi altro cittadino.

Compartimentazione

La flessibilità e la limitazione aiutano a far sopravvivere le migliori opzioni, vale a dire quelle opzioni che tengono conto dello stato della malattia e delle libertà individuali che includono la possibilità di rifiutare la cura, la protezione da parte della comunità oppure che l'opzione meno restrittiva venga sempre presa in considerazione quando si va a restringere temporaneamente una libertà. Il professionista coinvolto è soggetto a questa configurazione degli aspetti in gioco e anche la sua libertà e i suoi doveri sono da considerarsi le condizioni specifiche entro le quali una situazione di pericolo, associato a ciò che la legge chiama “alterazione del giudizio”, è in gioco. Ci sono città che considerano un uomo o una donna che camminano nudi per la strada un attentato al pudore, anche se non è un principio che mette in pericolo la vita della persona o degli altri; pur ponendo in pericolo la vita di quest'uomo o di questa donna, nel caso in cui vivano in un clima estremamente freddo dal quale devono essere protetti, allo stesso modo devono essere protetti coloro che si trovano in una situazione di vulnerabilità o di abuso.

I limiti di questi aspetti pertinenti non sembrano facili da concepire, visto che entrano in gioco interessi politici ed economici creando opzioni troppo restrittive. Questi interessi sono correlati per esempio alla disponibilità dei servizi, alla formazione professionale di chi andrà a lavorarci, alle istituzioni che li formano, alle istituzioni che vengono sollecitate nel territorio quando ci sono situazioni che vengono chiamate “disfunzione dell'ordine pubblico” o “situazioni di rischio” dettate da alcuni cittadini verso altri (come la polizia, i pompieri, i servizi di emergenza, ecc...). L'estensione della configurazione di questioni in gioco potrebbe giungere a una dimensione nella quale la particolarità di ciò che è pertinente alla situazione si perda. La ripetuta formula presumibilmente sistemica in cui “tutto è connesso con tutto”, deve essere messa in discussione poiché la compartimentazione dei sistemi in sottosistemi con una scarsa autonomia è un modo importante per evitare la confusione e proteggere la flessibilità che offre potenziali non ancora utilizzati e disponibili, pronti per essere attivati e per attivare cambiamenti futuri. È dunque sì importante la

connessione, ma anche essenziale il mantenimento di compartimenti in modo tale che ogni elemento non produca troppe conseguenze imprevedibili negli altri, che sussistono oltre l'insorgere della difficoltà.

Flessibilità significa anche contenere la tendenza per la quale l'informazione si estende in modo indefinito. L'autonomia dei suoi sistemi implica pure che non si può rischiare di applicare ulteriori leggi che concedono diritti. La libertà di non sottoporsi a un trattamento rischia di contraddire il fatto che, in alcuni casi, se non si attua un trattamento adeguato che può portare ad un miglioramento, la situazione di pericolo può sussistere o addirittura possono mancare i servizi o le istituzioni per attuarlo. Il terreno quindi della configurazione di domini in gioco non può non toccare tanto la politica e le politiche sociali quanto la micropolitica. Quest'ultima, però, non implica una mera applicazione della politica, nemmeno un mero meccanismo di trasmissione degli interessi politici e sociali dello Stato o di particolari gruppi della società (Pakman, 2018a). Le diverse istituzioni coinvolte riguardano i sistemi con le proprie micropolitiche dominanti e, sebbene questa relativa autonomia consente di limitare le conseguenze di alcuni fattori distruggendo un intero sistema come quello della salute mentale, richiede anche attenzione ai diversi attori in gioco in relazione all'incombenza, all'allenamento dei suoi membri e un momento quotidiano dello spirito delle leggi che spesso contraddicono costumi e pregiudizi datati sulla malattia mentale.

Evoluzione

Nel frattempo, le condizioni sociali e culturali sono cambiate negli Stati Uniti. Tra questi cambiamenti che abbiamo visto, ce ne sono alcuni che richiedono un'azione diretta ai fini di mantenere lo spirito della legge, ma allo stesso tempo anche un'azione indiretta, cioè per esempio mettere degli ostacoli tra le varie possibilità affinché sopravviva la possibilità migliore: di fatto, mettere ostacoli alle possibilità negative per facilitare quelle positive. Una di queste novità che richiedono un’azione che dia luogo ad alternative migliori combattendo indirettamente (e non in maniera diretta) è legata alla proletarizzazione di alcune professioni della relazione d'aiuto nel campo della salute mentale, portando con essa una gerarchizzazione intrinseca ai sistemi di salute mentale; il tutto aggravato dalla crisi economica e a quella legata ai domini di riconoscimenti e legittimazione professionale.

Si tratta dell'altra faccia della medaglia della pluralità professionale. Si è testimoni di conflitti molti forti tra le professioni legati a interessi professionali. Per esempio, gli psichiatri e le loro associazioni sono molto concentrati nel non perdere alcun loro privilegio, non vogliono che gli psicologi siano in grado di prescrivere farmaci; gli psicologi, a loro volta, non vogliono che i counselor intervengano in modo simile di come fanno loro. Ci sono, inoltre, molte professioni della relazione d'aiuto sottopagate in modo tale che certi professionisti non possano sopravvivere. Di fatto, oggi, c'è uno stato proletario all'interno delle professioni della relazione d'aiuto dove il sistema di salute mentale, pur godendo di una vasta varietà di professioni a disposizione, la inserisce in una sorta di piramide creando i potenti e i deboli. Questa è una questione importante da dover affrontare.

Quando anni fa ero il responsabile di una struttura residenziale per persone con gravi disturbi psichici, dove il legame tra i pazienti e il personale di cura non è stretto come nelle comunità e nei servizi territoriali quale centro diurno, case protette, amministratori di sostegno, dove invece il livello di accompagnamento è più assiduo, chiedevamo ai pazienti ricoverati nel reparto – e Cecilia lo ha visto – di scrivere una storia clinica sullo staff.

Lo chiedevamo seguendo certe linee guida ovviamente: quanto erano bravi, quanto non lo erano per altri aspetti, quali membri dello staff apprezzavano perché sentivano più vicinia a livello umano, ecc... Ciò che emergeva da questi scritti era che le persone ricoverate apprezzavano molto di più coloro che erano poveri e dovevano prendere tre pullman per venire al lavoro. A loro questi operatori piacevano, perché potevano meglio identificarsi con loro, erano un po’ simili a loro. Era stato questo un modo, seppur drammatico, di sottolineare l'esistenza di una gerarchia.

Un ulteriore aspetto importante è il fatto che, negli Stati Uniti, c'è stata una separazione tra due elementi che inizialmente erano uniti nello spirito e nella legge. In linea generale i diritti umani dei pazienti sono stati mantenuti, ma la concezione della salute mentale, che ha favorito questo mantenimento, entrò in crisi.

Questo avvenne perché vi fu un movimento davvero potente durante quello che viene definito “il decennio del cervello”, che ha portato a una forte medicalizzazione nel campo della salute mentale.

Un altro fattore rilevante riguarda il cambiamento generale nei sistemi di salute mentale privati, che si trasformano in potenti forze che limitano il campo di lavoro, privilegiando alcuni approcci, come per esempio quello farmacologico. Anche se diagnosticare è conveniente per ricevere ulteriori benefici che non arriverebbero in altro modo, le persone che vengono formate in queste strutture non sanno fare, alla fine, altro che mentire per ingannare il sistema. Siamo nel trionfo procedurale. È una “struttura di malafede” (Sartre, 1971) in quanto, questi operatori, considerano loro stessi più liberi di quanto effettivamente lo siano oppure sono più dipendenti di quanto potrebbero esserlo. Detto ciò, come affermato nella giornata di ieri da una collega esperta in psicofarmacologia, bisogna fare attenzione alle statistiche negli Stati Uniti (in Italia i farmaci vengono somministrati molto meno nell'età evolutiva rispetto all’America). Negli Stati Uniti non esiste un sistema sanitario universale: per avere dei benefici, l'assicurazione deve avere una diagnosi. Questo è vero secondo me, ma esiste un altro aspetto: oltre a fare diagnosi con un interesse secondario per offrire beneficio ai pazienti e somministrare farmaci gratuitamente, non è nemmeno sempre vero che i pazienti simulino una malattia allo scopo di avere farmaci; il problema è che i pazienti sono talmente colonizzati all'interno del sistema, che loro stessi ci credono, non simulano. D’altro canto, gli psichiatri non fanno apposta a iper diagnosticare i pazienti per avere i farmaci: è l'unica cosa che sanno fare.

Un ulteriore fenomeno è che sebbene si sia mantenuta l’attenzione fino a un certo punto attorno ai diritti umani dei pazienti, questi ultimi cominciano a sentire gli effetti della disponibilità dei servizi, molto varia tra le diverse popolazioni. Questo ha creato un'ingiustizia vicariante con la trasmissione di salute mentale, per esempio, al sistema penitenziario dove molte persone con disagio psichico finiscono per mancanza di attenzione ad avere problemi di tossicodipendenza. Inoltre, la legislazione sull'utilizzo di droghe e la politica oggi vigente generano seri ostacoli nell'applicazione e nei progressi dei diritti dei pazienti.

In aggiunta, la facile disponibilità di armi di guerra fa sì che i malati mentali siano nuovamente e con frequenza accusati di azioni violente da parte delle autorità legate a fenomeni sociali e politici razzisti. La potenzialità ha perciò a che fare con la capacità di trasformare la legge e di dinamizzarla, alla luce delle circostanze che cambiano; ciò non avviene solo implementando quanto scritto nella legge. L’articolazione del potenziale della legge con restrizione ha possibilità indesiderate, come la persistenza di istituzioni chiuse che creano cronicità visto che sono semplicemente disponibili e già organizzate, anche se a volte il loro lavoro può sembrare insoddisfacente. L'autonomia relativa dei suoi subsistemi coinvolti permette che, progressivamente, la legge già fatta non solo si applichi a situazioni diverse ma, al contrario, che a partire dalle situazioni singolari quotidiane il senso di ciò che è giusto (Pakman, 2018b), sviluppi la legge e la apra a cambi, aggiunte/integrazioni e sostituzioni.

Bibliografia

Agamben G. 2014, *L’uso dei corpi*, Neri Pozza Editore, Vicenza.

Ashby W. R. 1956, “Requisite Variety”, in *An Introduction to Cybernetics*, Wiley, Science Editions, New York: pp.202-216.

Bateson, G. 1972, “Ecology and Flexibility in Human Civilization”, *Steps to an Ecology of Mind*, Random House, New York: pp. 494-505.

Bateson, G. 1967, “Cybernetic Explanation”, *Steps to an Ecology of Mind*, Random House, New York: pp. 399-410.

Pakman, M. 2018a, *Immagine e immaginazione in psicoterapia. Al di là della scienza empirica e della svolta linguistica*, Alpes, Roma.

Pakman, M. 2018b, *El sentido de lo justo. Para una ética del cambio, el cuerpo y la presencia*. Gedisa, Barcellona.

Sartre, J.P. 1971, *L'être et le néant, essai d'ontologie phénomenologique*, Gallimard, Paris (1943).